

**La prise en charge des toxicomanes  
(diversification - médicalisation - coopération)**

Ph. MOSSE

**Sommaire**

Avertissement	p. 2
Introduction	p. 3
I/ Perspective internationale	p. 7
II/ Des soins et des patients orientés	p. 15
III/ Croissance et développements	p. 20
IV/ Une question de professionnels	p. 28
Conclusion	p. 38
Références	p. 40
Annexes	p. 43

Mots clés: Economie de la santé ; Toxicomanie ; Système de soins

### Avertissement

*Ce rapport est l'aboutissement d'une recherche réalisée dans le cadre de la rédaction d'un ouvrage de comparaison internationale impliquant une quinzaine de chercheurs ou praticiens<sup>1</sup>. C'est en vue de la réalisation du chapitre consacré à la France que la MIRE a accepté de financer ce travail.*

*Pour mener à bien le travail collectif, plusieurs réunions ont été nécessaires (à Berkeley, Zurich, Porto puis Edimbourg). L'objectif et la structure de l'ouvrage y ont été débattus ainsi que les spécificités de chaque pays et de chaque approche. A partir d'un canevas commun (cf. annexe 1), chaque auteur a pu développer sa propre démarche et ses propres analyses fondées sur sa connaissance de la situation nationale et sur ses propres travaux. Dans cet esprit, la problématique qui a été appliquée au cas français, a consisté à essayer de comprendre les logiques professionnelles qui sont à la base de la constitution et de la structuration du système de soins.*

*Bien que ce rapport soit différent de la monographie qui sera publiée dans le livre, le lecteur français pourra, çà et là, être surpris par le caractère trivial de certaines démonstrations ou commentaires. Pour une part, il s'agit de la conséquence de l'exercice de style consistant à rendre intelligible, à un lecteur peu familier, la situation française. Mais peuvent cependant subsister des erreurs ou, plus souvent, des raccourcis qu'une autre approche que celle défendue ici aurait pu éviter.*

*La présente version est le résultat du remaniement d'une version précédente (élaborée entre mai et décembre 95 sous le titre « Les soins pour toxicomanes en France - logiques de développement et stratégies professionnelles »). A l'époque, le dispositif de prise en charge était dans des « starting blocks ». Aujourd'hui, avec l'Autorisation de Mise sur le Marché du Subutex, l'extension massive des traitements de substitution sur le mode ambulatoire, la croissance du nombre de toxicomanes traités, etc., la question s'est déplacée. Le « triangle d'or: abstinence - désintoxication - éradication »<sup>2</sup>, fait place peu à peu, à une stratégie connue au plan international sous le terme de « harm reduction ». Dans le cas français, elle s'appuie sur la diversification et la coopération entre différents segments du secteur médical et médico social.*

\* \* \*

*Mes remerciements vont aux membres du groupe de travail international animé par H. Klingemann (SPA, Lausanne) et G. Hunt (I.S.A., Berkeley) ; ils vont également à A. Letourmy (MIRE), Mme Justin (DGS), E. Belliard et D. Antoine (SESI). Ils vont, enfin, à D. Reinosa (AMPT, Marseille) qui a bien voulu lire, critiquer, compléter la précédente version, m'aidant ainsi à faire de ce rapport, un document acceptable.*

<sup>1</sup> Ph. Mossé « A system in its starting blocks » dans « International Survey on Drug Treatment System », édité par H. Klingemann (Lausanne) et J. Hunt (Berkeley) à paraître chez Sage Publications, en 1997.

<sup>2</sup> A. Ehrenberg « La politique française de lutte contre les drogues », Actes du Colloque national « Le généraliste et les toxicomanies » Paris, 1995, pp. 13 - 22.

## Introduction

Le système français de Sécurité Sociale est très fortement centralisé notamment dans le domaine du financement et de la régulation générale du système de soins. Avec la crise économique et financière de l'Etat Providence, plusieurs réformes successives ont été tentées depuis le début des années 80 dans le but de contrôler les dépenses de santé tout en maintenant à un niveau élevé la qualité des soins offerts : comme on le sait, ces réformes ont globalement maintenu le niveau voire la croissance de la qualité. Mais son coût reste élevé et l'équité, notamment dans l'accès aux soins reste un combat permanent. Comme le rappelle le Tableau 1, la part des dépenses de santé dans la richesse nationale est, en France, une des plus élevées du monde développé (USA excepté).

Ce phénomène a plusieurs causes, parmi lesquelles nombre d'observateurs placent en tête le type d'autonomie dont jouissent, en France, les professionnels de santé et qui ne permet pas de mettre en place une vraie politique d'incitation tendant à l'efficacité. Ainsi, la volonté, partagée par tous les acteurs, usagers compris, de respecter la marge de manoeuvre décisionnelle des professionnels conduit à ne pas orienter les comportements et les décisions médicales vers la prise en compte des conséquences macro économiques de ces décisions.

Ainsi, comparativement à leurs confrères des autres pays d'Europe, les médecins français ne sont-ils ni impliqués au coeur de la régulation de l'ensemble du système (comme en Allemagne par exemple), ni placés au centre d'une mise en concurrence de type marchand (comme on tente de l'établir en Grande Bretagne).

**Tableau 1**  
**Dépenses de santé dans quelques pays développés**

	Santé / PIB (1992)	Croissance (82 / 92)
FRANCE	9,4 %	+ 17 %
ROY. UNI	7,1 %	+ 20 %
ALLEMAGNE	8,7 %	+ 1 %
U. S. A.	14 %	+ 36 %
JAPON	6,9 %	+ 3 %

*Source:* OCDE, « La réforme des systèmes de santé », *Etudes de politiques de santé*, 5, 1994.

Entre autres conséquences, cette autonomie, mais aussi la forme d'expertise qui la fonde (dont l'universalité du diplôme de docteur en médecine est une caractéristique essentielle) permettent à tout médecin de choisir, de définir, voire de créer, le marché médical dans lequel il entend développer et exercer ses compétences. Cette stratégie

professionnelle est facilitée par la liberté laissée aux patients de consulter le médecin de leur choix : liberté à laquelle consommateurs et producteurs semblent très attachés, malgré les inconvénients qu'elle présente pour les premiers (Mossé. 1994).

Ce trait typique de la situation française devait être rappelé car il va conférer au système de soins pour toxicomanes une dynamique que l'on ne trouve sans doute pas dans d'autres pays.

La croissance de son système de santé pose à la France des problèmes d'autant plus graves que, dans le même temps, la Société française connaît de profonds changements sociaux et économiques. L'objet n'est pas ici d'en dresser une liste ni d'en identifier les causes, tâche d'ailleurs bien délicate ; toutefois certains de ces changements touchant assez directement à la compréhension de ce qui se joue dans la régulation du système de soins pour toxicomanes, il est utile de les évoquer.

Traditionnellement, la société française était fondée, depuis l'avènement de l'idéologie révolutionnaire, sur l'idée selon laquelle chaque individu était intégré à la nation en tant que citoyen. Le « filet social », l'Etat Providence a pour objectif explicite de permettre à cette forme d'intégration d'être mise en oeuvre. Avec l'enfoncement de la crise dans la durée, on peut craindre que la France soit sur le point d'expérimenter un nouveau mode d'organisation sociale « à l'américaine » fondé sur l'appartenance à une « communauté ».

Etre immigré, jeune, sans abri, chômeur est de plus en plus considéré comme une forme essentielle d'appartenance à un groupe alors que, il y a seulement quelques années, chacune de ces caractéristique aurait été d'abord perçue comme transitoire ou secondaire. Certes ces « fractures sociales » ne sont pas totalement déterminées par des identités religieuses, ethniques ou géographiques comme c'est déjà le cas ailleurs dans le monde, mais le danger est grand de voir peu à peu s'estomper la « cité » au profit de la « communauté ». Participe de cette analyse et de cette vision de la société française, la floraison des débats et discours politiques sur la toxicomanie. Qu'il s'agisse d'aborder la toxicomanie comme un phénomène ayant sa logique propre et donc son traitement spécifique, ou qu'il s'agisse d'insister sur son caractère fondamentalement déterminé, les protagonistes se situent dans un référentiel commun dans lequel « l'image »<sup>3</sup> centrale est bien souvent celle de l'exclu - délinquant - toxicomane.

Ce diagnostic ne fait cependant pas l'unanimité. Pour A. Ehrenberg (1994), la croissance des problèmes liés à la drogue est due au développement des valeurs individualistes. L'usage de la drogue est vu comme un moyen de faire face au réquisits de la compétition économique et au stress qu'elle produit parmi ses bénéficiaires comme parmi ceux qui en sont victimes.

<sup>3</sup> Sur la catégorie de « référentiel » des politiques, sociales en particulier, cf. B. Jobert et P. Muller (1993).

Ces deux visions globales de l'évolution de la Société française se rejoignent pour constater et déplorer l'existence d'une crise identitaire. De plus, empruntant des voies différentes, elles convergent, implicitement ou non, vers la nécessité de renforcer le rôle de l'Etat. C'est ainsi que, rendue légitime par l'idéologie et le modèle « paternaliste », l'intervention de l'Etat s'étend pour maintenir le bien-être global quand les décisions individuelles pourraient mettre en péril l'équilibre social. Ce principe s'applique sans doute dans la plupart des contextes nationaux, mais dans un pays centralisé, comme la France, les décisions politiques et gouvernementales sont, plus qu'ailleurs, significatives d'une prise en considération sociale. C'est dans ce cadre que, depuis une décennie l'intérêt pour la toxicomanie et ses remèdes s'est rapidement accru chez les décideurs, les médecins ou les chercheurs et que s'institutionnalise un champ nouveau de réflexions et d'actions.

On peut ainsi considérer comme des signaux forts la création d'Agences ou de Comités spécialisés (telle que la "Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie - DGLDT -, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies ou, en 1994, le Groupement de Recherches « Psychotropes, Politiques et Société »). De même l'introduction massive de la problématique de la toxicomane dans les contrats Ville Etat Région, est une preuve que la préoccupation est partagée par tous les niveaux de l'action publique.

Dans la période récente la tenue de nombreux séminaires, colloques, rencontres (notamment organisés par la Fondation Descartes ou la MIRE), ou commissions parlementaires, comme la publication de plusieurs rapports officiels confirment l'intérêt croissant pour la toxicomanie, notamment dans les milieux politiques et universitaires d'horizons divers<sup>4</sup>. La nature des échanges, y compris parfois leur virulence, montre aussi que le débat est public, contradictoire et fourni.

Concernant plus particulièrement et spécifiquement le système de soins, ces différents rapports s'appuient sur des informations nombreuses et fiables. En effet, le Ministère de la Santé conduit chaque année, depuis 1987, une enquête par questionnaire auprès de toutes les unités de soins déclarant traités des toxicomanes à titre principal et /ou parmi d'autres patients. A partir de ces informations le SESI<sup>5</sup> publie un rapport annuel décrivant l'état et l'évolution de quelques variables caractéristiques des unités de soins et des patients traités. Bien que quelques paramètres soient malheureusement manquant (concernant notamment les personnels ou les coûts des soins) et que peu de recherches soient menées à partir de ces données, l'éventail des informations collectées et leur qualité autorisent à utiliser ces enquêtes sous forme d'analyses secondaires.

<sup>4</sup> On trouvera en bibliographie plusieurs de ces références. La plus récente, qui n'est pas la moins utile, est l'ouvrage de l'OFDT, édité par C. Carpentier et J-M. Costes intitulé « Drogues et Toxicomanies . indicateurs et tendances ». Significatif de l'évolution vers une prise en considération partagée, ce livre, est le résultat d'une collaboration entre plusieurs organismes officiels et experts universitaires.

<sup>5</sup> SESI pour: Services des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information. On trouvera en annexe 2 une circulaire du Ministère de la Santé rappelant les buts et le champ de l'enquête annuelle.

L'ensemble de ces travaux conduit à penser que le système de soins pour toxicomanes est une scène mouvante sur laquelle nombreux semblent les acteurs qui se sentent légitimes pour intervenir. Un des derniers exemples est donné par le débat sur les traitements de substitution et la pertinence de leur adoption par les médecins français. Il est apparu avec force que cette question médicale avait un fort contenu social, éthique idéologique ou politique, le tout étant entièrement immergé dans la crise sociale et morale que traverse la France à la recherche de nouveaux liens sociaux. C'est que ce débat n'apparaît pas dans un milieu statique soudain perturbé par un événement exogène (même si la question des traitements de substitution est d'abord, et au moins chronologiquement, un produit d'importation venant des pays nordiques et anglo saxons). La diffusion des traitements de substitution a donc été d'autant plus rapide qu'elle fut retardée et d'autant plus acceptée qu'elle fut débattue.

Pour tenter d'expliquer la dynamique du dispositif de prise en charge des toxicomanes tout en respectant, pour l'essentiel, le plan de l'ouvrage international, ce rapport s'articule autour de trois parties consacrées au cas français.

Dans une première partie, seront présentés les lieux des prises en charge, les types de toxicomanes concernés, etc. La seconde partie, sera centrée sur l'étude de l'évolution du système. Dans la dernière partie sera démontré que cette évolution peut être perçue comme la construction d'un champ « professionnel ». Ce plan est, à peu de choses près, celui qui est suivi dans le chapitre de l'ouvrage international.

Toutefois, dans la mesure où l'angle d'attaque privilégié est celui des logiques professionnelles, il est sans doute utile de rappeler qu'elles sont mises en oeuvre, à des degrés divers et selon des combinaisons spécifiques, dans l'ensemble des pays inclus dans la recherche internationale. Ce sera l'objet du chapitre introductif suivant.

## I

## Chapitre introductif: Une perspective internationale

Avant de présenter les résultats de la recherche consacrée au cas français il a semblé judicieux de donner quelques indications sur la situation du système de soins pour toxicomanes dans divers pays représentés dans l'ouvrage international en préparation. Dans l'état actuel de la rédaction, on dispose de quelques monographies nationales, rédigées dans le double souci d'informer et d'interpréter les situations et les évolutions chaque fois particulières. N'ayant pas été bâtie pour servir de base à une comparaison systématique, la trame commune qui a servi de guide à l'élaboration des chapitres ne peut être directement utilisée dans cet objectif. Cependant l'existence d'un tel canevas incite à la confrontation des situations nationales. A cette tentation, il est plus raisonnable de succomber que de résister. Mais la comparaison de scores ou de données élémentaires (nombre d'établissements, durée des prises en charge, équilibre répression / prévention, etc.) n'a de sens que replacée dans les différents contextes sociétaux.

Les monographies disponibles sont cependant utiles pour évaluer la place que tient la logique médicale dans le développement quantitatif (observé presque partout) des lieux et des programmes de prise en charge. Il va donc de soi que cette présentation ne saurait remplacer la lecture de l'ouvrage définitif, qui sera à la fois plus complet, plus précis et moins focalisé sur les logiques professionnelles, ici privilégiées.

Seront d'abord présentés les cas allemand, suisse et italien qui, chacun à leur façon, éclaire la nature des évolutions des référentiels professionnels en matière de toxicomanie. Seront ensuite évoqués d'autres monographies mettant davantage l'accent sur la concurrence entre des « modèles thérapeutiques » qu'entre des acteurs.

### I.1/ Allemagne, Suisse, Italie: trois cas singuliers.

Dans la monographie réalisée sur le cas allemand par I. Vogt et M. Schmid (1995), les auteurs expliquent de façon très claire comment le compromis entre différents intervenants potentiels et le *leadership* qui semble se dégager, est marqué historiquement et sociétalement. Il ne s'agit pas de retracer l'ensemble de l'analyse mobilisée pour cette monographie, mais d'en présenter les traits principaux. Dans cette perspective, la traduction suivante de quelques passages de la communication proposée au colloque de Porto, en juin 1995, montre que dans un contexte économique et social souvent comparé aux français, les différences peuvent être à la fois grandes et

explicables à travers une grille de lecture qui met en avant logiques professionnelles et histoire sociale:

« Influencés par l'échec des traitements traditionnellement dispensés dans les hôpitaux psychiatriques. la désaffection des jeunes vis à vis des programmes basés sur le conseil et l'écoute (*ainsi que*) par le succès (partiel) de mouvements ou de groupes (tels Release <sup>6</sup>), une nouvelle génération d'institutions à but non lucratif a vu le jour. D'un côté, ces institutions sont fortement liées aux organisations non gouvernementales et charitables à but non lucratif (*notamment, Caritas, pour les catholiques, DW, pour les protestants, AW pour les syndicats*) <sup>7</sup>. D'un autre côté, ces institutions sont plus proches de la culture parallèle des jeunes (youth subculture) que ne le sont les centres destinés aux alcooliques... Le nouveau système de traitement professionnel ne fut pas d'abord établi dans la champ médical, mais dans celui du travail social, de la psychologie et des communautés thérapeutiques. En effet, en Allemagne, un tout nouveau système s'est développé en réaction à la crise des années 60 (*caractérisée, dans le domaine qui nous occupe, par le passage des drogues douces aux drogues dures et, dans le domaine social, par l'émergence de la pensée alternative*) qui s'est ensuite rapidement étendu et qui continue de s'étendre dans les années 90....

(*Mais*) la philosophie du traitement des toxicomanes s'est écroulé avec l'apparition du SIDA (*11.000 cas recensés en 1994*)... Avec les services « seuil bas » (low threshold) et les programmes de substitution, l'idéologie de l'abstinence a été abandonnée ou, à tout le moins, a été rejeté dans le futur. Dans le même temps, l'importance des médecins s'est considérablement accrue... Depuis 1991, les médecins peuvent prescrire de la méthadone sur une base ambulatoire dont bénéficiaient (*en 1995*) environ 10.000 toxicomanes.... Il y a toujours de grandes différences entre le Sud plus répressif et le Nord plus libéral ... mais la politique pragmatique s'étend, notamment dans les grandes villes où la stratégie consiste à détruire toutes les « open drug scene » et, dans le même temps, a multiplié les lieux d'accueil et les traitements de substitution ».

Ainsi, il apparaît que, bâti sur la défiance vis à vis des institutions, y compris les institutions médicales, le système de prise en charge s'est organisé, dès les années 70 à partir du développement des services sociaux engageant et impliquant une variété d'intervenants. La médicalisation qui se développe aujourd'hui doit se couler dans le moule pluridisciplinaire.

Cette tendance, H. Klingemann l'observe aussi dans le cas de la Suisse. Ainsi, ce qu'il appelle « l'extension des traitements ambulatoires » repose notamment sur

<sup>6</sup> Sous le vocable « release », les auteurs désignent un ensemble de pratiques et d'interventions regroupant des travailleurs sociaux, d'anciens toxicomanes et des psychologues travaillant et vivant dans les lieux fréquentés par les toxicomanes afin de leur fournir des conseils et de l'aide en dehors des institutions officielles globalement disqualifiées par la « youth subculture »

<sup>7</sup> Les mentions en italique ne figurent pas dans le texte originel et sont rajoutées pour éclairer ou préciser le contexte.



l'influence que les groupes d'actions communautaires peuvent exercer sur les programmes de développement locaux, notamment en Suisse alémanique. Au fur et à mesure que les conditions sociales et économiques des toxicomanes se dégradent, le système antérieur s'avérait de plus en plus inadapté. Il était en effet fondé sur « la sélection des patients motivés » que l'on hospitalisait dans un but d'abstinence totale après une phase quasi obligatoire de désintoxication. Dès lors que la motivation pour les soins classiques diminuait, et que des toxicomanes mourraient dans la rue, il fallait trouver d'autres moyens que ceux offerts par le modèle psychiatrique traditionnel. Aujourd'hui, seuls 30% des programmes exigent des patients un engagement à l'abstinence comme préalable à l'admission.

« Durant les 15 dernières années, le système de soins pour toxicomanes s'est considérablement étendu. Il y a eu en particulier une croissance sans précédent des soins ambulatoires (nonresidential) et des programmes seuils bas, incluant les programmes de maintenance à la méthadone ... Le secteur avec hébergement (residential sector) après une période de déclin des flux de patients a aussi cru en s'adaptant aux besoins de populations spécifiques (*par sexe et âge*). La politique de réduction des risques a été largement acceptée et répandue ; elle a facilité l'accès à d'autres traitements ».

Les changements politiques sont rapides et les soins aux toxicomanes ne peuvent pas être compris comme un système fermé au sein de la société ». Au vu des différents facteurs favorisant l'extension du dispositif, il apparaît que « la situation actuelle peut être caractérisée par un haut degré d'instabilité et d'innovations »

Un des points cruciaux du développement actuel concerne la décentralisation des services. « De nouvelles formes d'organisation telles que les « integrated social services holdings on a district level » émergent d'ores et déjà. La responsabilité croissante laissée aux Communes mène sans doute à plus de traitements involontaires, mais elle conduit aussi à la création de réseaux de traitements régionaux dans divers cantons. Malgré la présence d'éléments coercitifs contenus dans la décentralisation (des toxicomanes sont contraints de rejoindre leur ville d'origine, d'autres sont exclus des soins), cette politique est plus proche de la tradition suisse consistant à donner aux communes plus d'autonomie. »

« En Suisse, les organisations non gouvernementales ont un rôle à jouer dans les soins aux toxicomanes. Elles montrent des degrés divers de professionnalisme et couvrent un large éventail de politiques ou d'idéologies. Particulièrement après la fermeture du « Needle Park »<sup>8</sup> à Zurich, ces structures ont été en première ligne dans l'établissement de programmes seuils bas... Parallèlement à ce mouvement, les « street workers » (depuis longtemps présents dans le champ de l'aide aux toxicomanes) sont progressivement intégrés dans le courant dominant de la prise en charge ... Ainsi, près

<sup>8</sup> On verra à la lecture de la monographie de H. Kingemann en quoi cette expérience et ses déboires constituent un « fait social total » à la fois analyseur et fondateur.

du tiers des institutions ont engagé d'anciens toxicomanes parmi leurs personnels. Plus fréquente dans les cantons germanophones, cette politique s'appuie sur les idées du « youth movement » et contribue à diversifier les offres.. ».

Cette politique se concrétise sous la forme de priorités fédérales claires exprimées par une allocation des ressources en faveur de la prévention et de l'éducation pour la santé. Ainsi, dans un contexte caractérisé par un repli des budgets publics, il est remarquable de noter que « dans la période 1991 / 1996, l'Etat fédéral prévoit de consacrer 6% de son budget dédié à la toxicomanie (soit l'équivalent de 50 millions de dollars) au traitement et à la réhabilitation, contre 40% aux campagnes de prévention et d'information » (H. Klingemann 1995).

De ce point de vue, l'exemple italien mérite d'être évoqué car il correspond davantage à ce que l'on observera dans le cas français. Bien que prise pour d'autres motifs, la pertinence de la décision des éditeurs consistant à regrouper les monographies italienne et française dans un même chapitre se trouve donc ici confortée. Remontant à l'année 1975, fondatrice du système actuel, l'auteur de la monographie italienne, le docteur L. Solivetti, note: « L'Acte promulgué en 1975 établit un réseau de prise en charge pour les toxicomanes, géré par les structures de soins locales sur l'ensemble du territoire. L'objectif de cet Acte est double. D'abord tout toxicomane nécessitant des soins et de l'assistance, doit pouvoir les obtenir, en contactant, en toute liberté, les structures de ce réseau et en faisant respecter son anonymat. Deuxièmement, toute personne identifiée comme toxicomane (c'est à dire, toute personne détenant une certaine quantité de drogues pour son usage personnel) et considérée comme ayant besoin de soins doit pouvoir être orientée vers une de ces structures, éventuellement sous la contrainte ».

Dans les années qui ont suivi l'Acte de 1975, la diffusion de la drogue a atteint en Italie, un niveau record en Europe. En témoigne (*par exemple*) le nombre de décès directement liés à l'absorption de drogues: 1.400 par an au début des années 90. De même les cas de SIDA, dont deux tiers sont dus à l'échange de seringues entre héroïnomanes (*due to exchange of syringes between heroin addicts*), sont très nombreux (8 pour 100.000 habitants). Mais, selon l'auteur, le « meilleur indicateur de la diffusion de la drogue (*en Italie*) est l'accroissement du nombre de personnes traitées... Ce système s'est *en effet*, rapidement développé, passant de 22.000 toxicomanes pris en charge en 1984 à 75.000 en 1993. Comme cette croissance a précédé celle du nombre d'institutions (passé de 584 à 1.130) et qu'elle lui est supérieure, on peut en déduire que c'est la croissance de la demande qui a poussé la croissance de l'offre et non l'inverse ». *Pa. structure, le nombre de toxicomanes traités est ainsi passé de 39 en 1984, à 67 en 1993.*

Dans le public les soins sont gratuits et majoritairement dispensés sur le mode ambulatoire (out patients department) ». Les personnels de ces structures sont

hautement qualifiés et composés de 27 % de médecins. 17 % de psychologues. 12% d'infirmières, 16% de travailleurs sociaux et 10% d'éducateurs.

« Depuis quelques années les institutions privées se sont peu à peu développées », en 1993, elles prenaient en charge environ 16.000 toxicomanes (*contre 60.000 en structures publiques*). Elles opèrent, pour la plupart sur le mode résidentiel. Situées dans le Nord du pays elles sont davantage tournées vers les prises en charge sociales et emploient des bénévoles (*jusqu'à 60% du personnel*) ou des travailleurs sociaux, et seulement 7% de médecins et 6% d'infirmières. *Ne prodiguant pas de traitements de substitution, ces structures visent l'abstinence ».*

Une récente évolution de la « drug culture », dont le repli relatif de l'héroïne au « bénéfice » de l'ecstasy est le signe le plus tangible, a relancé le débat de type politique et éthique sur la ligne à tenir. Après que la loi de 1990 ait tranché en faveur des « hardliners », celle promulguée en 1993 s'oriente vers une politique plus proche de celle des partisans de la décriminalisation et de la légalisation. Mais comme le conclue pertinemment L. Solivetti: « The debate between hardliners and softliners seems however far from over ».

## 1.2/ Quelques éclairages sur d'autres contextes nationaux:

Le livre projeté comprend une quinzaine de monographies ; certaines sont assez éloignées de la perspective adoptée pour le cas français. D'autres n'ont pas un degré d'élaboration suffisant pour risquer une présentation synthétique qui reste fidèle. Pour ces raisons, le chapitre suivant portera sur les monographies concernant le Japon, la Russie, la Scandinavie et les Etats-Unis.

Au Japon, K. Konuma et alii, montrent comment la nécessaire continuité et la diversité des modes de prise en charge commencent, à la fin des années 80, à structurer l'ensemble du dispositif. « Des spécialistes provenant d'un large éventail de champs différents, incluant la santé et les soins médicaux, la protection sociale et l'éducation, la justice et la police ou la religion et l'administration, aussi bien que des non spécialistes tels que les familles, les anciens toxicomanes, les camarades de travail (*etc.*) doivent être mobilisés pour faire face au large spectre de situations physiques, mentales et sociales ... Dans l'idéal, il convient que ces personnes forment un réseau thérapeutique au sein de la communauté, et que, à partir de leur point de vue respectif, elles assurent qu'une approche constante et solide soit mise en place. Ainsi le traitement des toxicomanes demandent à la fois diversité et continuité ».

En dépit de cet objectif partagé, le modèle « éducatif et social » domine dans les programmes destinés aux jeunes toxicomanes tandis que le modèle plus coercitif est dominant dans les unités dédiées aux adultes ; quant au modèle médical il est

essentiellement appliqué dans un contexte psychiatrique<sup>9</sup>. Si bien que, selon l'auteur, il y a aujourd'hui un besoin urgent de lier les différents services sociaux sanitaires et éducatifs.

Si la situation russe est, aujourd'hui jugé très négativement par Y. Gilinskiy et V. Zobnev, auteurs de la monographie, c'est à la fois en raison d'un passé marqué par un désintérêt pour la toxicomanie, et d'un présent caractérisé par l'intrusion de logiques économiques de court terme. « Il n'y a pas de programme de substitution ...La possibilité d'être traité dans une institution médicale est très limitée. ... Durant les décennies précédentes, les services ont été principalement mis en place pour les alcooliques et simplement transférés pour les toxicomanes ».

« Les patients n'ont pas le droit de choisir leur médecin et il y a un manque de moyens en personnels et équipement. Toutefois, les dernières années ont vu se déployer une forte concurrence (*harsh competition*) entre des compagnies médicales privées et des services privés des établissements hospitaliers ou municipaux. Un grand nombre de publicités a vu le jour vantant les mérites de traitements *miracle* promettant des guérisons rapides (allant de quelques minutes à quelques jours,) et totales. Généralement les médecins de ces centres sont également des personnels hospitaliers et travaillent à temps partiel dans ces institutions privées. Dans ces centres les patients paient la totalité des soins, alors que dans les centres de type « Communauté Thérapeutique », les soins sont gratuits (mais les malades ou leur famille contribuent sous forme de dons). Les tentatives pour implanter de nouveaux programmes basés sur les thérapies de groupe, le support social ou le « *self help* » sont voués à l'échec, faute de moyens, faute de personnels qualifiés et de par l'absence de volonté de changer de structure ».

On ne sera pas étonné que l'exemple scandinave donne du système de soins une vision à la fois plus dynamique et plus ouverte. Pour K. Stenius, qui réalise la monographie consacrée à la Finlande et à la Suède, l'évolution du dispositif de soins dans les deux pays est assez claire. A la médicalisation (à forte dominante psychiatrique) observée jusqu'au début des années 80 se substitue, peu à peu, une prise en charge non médicale et majoritairement privée. Par exemple, le nombre de centres destinés aux malades lourds (« *heavy abusers* ») a diminué. Dans ces pays, la tendance actuelle et les modes de financement favorisent, l'émergence de professionnels spécialisés dans la gestion (« *des entrepreneurs* ») au détriment des professionnels du social et du sanitaire. Auparavant, la mission des travailleurs sociaux (« *social workers* ») était d'offrir aide et solidarité dans un but thérapeutique (« *with therapeutic goals* ») ; aujourd'hui « *the role of the therapeutical profession is perhaps diminishing and the role of economic experts growing within the field of substance abuse treatment* » (K. Stenius, 1994, p.5).

---

<sup>9</sup> Faut-il qualifier de coïncidence anecdotique ou de socialement logique, le fait qu'au Canada l'opposition entre le « modèle social » et le « modèle médical » se décline sur le mode géographique et linguistique (Ogborne, 1994), alors que c'est sur le mode inter générationnel que cette même opposition est déclinée au Japon.

Avec G. Hunt, auteur de la monographie concernant les Etats Unis, et en accord avec P. Morgan et C. Weisner (1992), on peut noter que, comme pour l'alcoolisme, le système de soins pour toxicomanes a davantage été influencé par les changements économiques et sociétaux que par les changements dans les modes de consommations. Or, depuis plus de dix ans, le phénomène social déterminant est la guerre à la drogue (the drug war). C'est par rapport à elle, et à l'objectif affiché d'éradiquer ce mal par tous les moyens, que se positionnent les différents groupes socio professionnels afin de réclamer des moyens financiers à la hauteur de l'enjeu. Dans cette quête de fonds publics, le secteur de la justice criminelle s'est taillé la part du lion, recueillant deux tiers du budget fédéral consacré à la lutte contre la toxicomanie, contre un tiers pour les traitements et la prévention. C'est dans ce contexte qu'il faut expliquer l'engouement pour les traitements de substitution dont le succès est largement antérieur à l'apparition du SIDA (en 1977 environ 80.000 personnes bénéficiaient de traitements de substitution à la méthadone). Ce succès a été considéré comme positif parce qu'il avait comme effet de réduire la criminalité liée au trafic de drogue. Mais, comme ailleurs dans le monde, ce type de traitement fait toujours l'objet de controverses d'ordre éthique.

Le système de soins pour toxicomanes est aujourd'hui une énorme structure comprenant 5.000 unités et prenant chaque en année en charge 250.000 personnes. Ce système comprend deux secteurs distincts mais non étanches - l'un financé sur fonds public, l'autre sur fonds privés. Alors que le secteur public connaît un excès de demandes et offre des soins aux coûts relativement faibles, le secteur privé a des capacités excédentaires et fournit des traitements résidentiels à des coûts élevés. Avec les coupures budgétaires, notamment, fédérales, une part croissante des dépenses incombe aux patients eux mêmes (environ 35 % en moyenne) et certains sont contraints d'interrompre les traitements de substitution pour des raisons financières.

C'est également dans une perspective de complémentarité / opposition entre privé et public qu'il faut analyser la multiplication d'unités de soins « mixtes » (où l'on traite des toxicomanes et des alcooliques). Si leur nombre est brutalement passé de 1.500 à 3.900 entre 1982 et 1987, c'est à la suite de l'autorisation accordée aux assurances privées d'introduire dans leur plans de tels programmes. Du même coup toute une population, auparavant non couverte pour ce type de prise en charge, s'est retrouvée solvabilisée et donc intéressante (Mossé, 1989).

Plus généralement, la « guerre à la drogue » révèle et souligne un défaut bien connu des politiques sociales américaines: l'opposition entre les différents niveaux de décision que sont l'Etat fédéral, les états, les comtés et les communes. Il ne s'agit pas seulement de savoir qui ne paiera pas mais aussi d'oppositions stratégiques, voire morales. Ainsi les programmes d'échanges de seringues sont fortement critiqués au niveau fédéral et dans la plupart des états ; mais, dans certaines villes de Californie, ils sont mis en oeuvre contre l'avis du Gouverneur.

\*\*\*

Les exemples ci dessus. montrent comment. dans chaque pays. les logiques médicale, économique, sociale et juridique se combinent pour dessiner peu à peu, à partir de besoins partout croissant. de véritables « systèmes ». Leur structuration accompagne la croissance quantitative forte des prises en charge, leur diversification et leur ouverture. Dans cette diversification, la double dynamique médicale / sociale et privée / publique semble toujours présente et souvent décisive.

Du côté des analyses développées par les différents auteurs. il est frappant de constater que les notions de marché ou de concurrence sont souvent utilisées pour expliquer ses évolutions. C'est sans doute la raison pour laquelle. dans un secteur où le mythe de la main invisible et du marché classique ne peut avoir le moindre sens, se pose, partout, la question de la complémentarité et de la coordination.

Cet objectif étant identifié comme prioritaire, la voie empruntée par les différents protagonistes pour tenter de l'atteindre conforte les résultats des recherches inspirées des théories institutionalistes. Ainsi, l'adoption de la stratégie de réduction des risques paraît aujourd'hui une évidence et une nécessité partagée. Mais derrière des formes similaires d'interventions se cachent des motifs, des finalités et des logiques qui peuvent être antagonistes. Si les compromis actuels sont fortement déterminés par des événements sociaux et épidémiologiques communs à l'ensemble des pays étudiés, ils ne peuvent s'établir qu'en respectant les dynamiques antérieures et spécifiques.

Le cas français. qui va être analysé dans les chapitres suivants. n'échappe pas à cette règle générale.

## II

### Des soins et des patients orientés

La méthode la plus simple et la plus sûre pour estimer la place de la toxicomanie dans le système de santé français est d'identifier et d'évaluer le nombre d'unités spécialisées ou déclarant traités des toxicomanes <sup>10</sup> ainsi que les flux de clientèles concernés (I.1). Cependant, l'approche quantitative n'est suffisante ni pour évaluer l'ampleur véritable du problème ni même pour prétendre qu'il existe un quelconque problème <sup>11</sup>. La dimension affective et sociale de la toxicomanie dépasse largement l'ordre de grandeur des dégâts qu'elle provoque, vus depuis le système formel de soins et de repérage.

Plus encore la gravité d'un problème de santé publique dépend aussi du type de population qu'il touche ; en l'occurrence, la jeunesse des patients traités est, par exemple, une question qui va bien au delà de l'intervention médicale stricte puisqu'elle met en cause l'éducation, la culture, l'avenir. C'est la raison pour laquelle une attention particulière doit être accordée aux types de patients concernés (I.1) et aux types de soins qui leur sont prodigués (I.2).

#### II.1/ Une importance quantitative faible, une relative diversité de patients.

Les statistiques colligées par le ministère peuvent être utilisées pour quantifier la place que prennent la toxicomanie et sa prise en charge dans l'ensemble du système de soins. Ainsi le nombre de visites et de consultations en médecine ambulatoire qui peuvent être reliées à la toxicomanie était, en 1992, de l'ordre de 100.000 par an <sup>12</sup>. Ce chiffre peut paraître élevé, mais relativement au nombre total de visites et de consultations réalisées chaque année par les médecins de ville (environ 250 millions), la place de la prise en charge des toxicomanes est en réalité très faible.

Concernant plus particulièrement l'hospitalisation, l'enquête du SESI permet de tracer les grandes lignes du système. Il y avait, fin 1994, plus de 1000 établissements se définissant eux-mêmes comme traitant des patients toxicomanes. Ils fournissent des

---

<sup>10</sup> Selon la définition pragmatique adoptée, notamment, par l'OFDT. « le terme de toxicomane est un élément de l'identité de l'individu relevé par l'institution qui le repère » (OFDT, 1996).

<sup>11</sup> Les décès par surdose, 564 constatés par les services de police et de gendarmerie en 1994, ne peuvent être considérés comme un problème majeur de santé publique qu'en référence aux type de populations touchées et parce qu'ils révèlent des comportements à risques dont la gravité et l'ampleur débordent leur seul aspect quantitatif.

<sup>12</sup> Ces chiffres proviennent de l'enquête par panel menée auprès des médecins de ville par IMS Dorema, dont les chiffres sont extrapolés au plan national.

informations concernant environ 18.000 patients pris en charge durant un mois donné, correspondant à environ 53.000 vus au moins une fois dans l'année en centres spécialisés <sup>13</sup>. Ce dernier chiffre reste (comme pour la médecine ambulatoire) étonnamment bas comparé au nombre de séjours hospitaliers toutes causes confondues (de l'ordre de 13.000.000) et relativement à l'étendue du problème au sein du débat social. Ainsi la cause de l'attention croissante accordée à la prise en charge de la toxicomanie - qui est souvent considérée comme inadaptée par les professionnels eux mêmes - n'est pas d'ordre strictement économique ou quantitatif.

Il est donc nécessaire de s'intéresser aux caractéristiques du problème, davantage qu'à son ampleur, pour tenter d'éclairer la nature des difficultés rencontrées par les acteurs de terrain qui doivent prendre en charge les toxicomanes.

La diversité des populations traitées est attestée par les enquêtes annuelles. On peut cependant observer l'existence de certains traits dominants. Ainsi il apparaît que l'héroïne est la drogue (la « substance » ou le « produit ») le plus fréquemment utilisée par les personnes prises en charge. Bien que la proportion de toxicomanes utilisant de la cocaïne soit croissante, elle reste extrêmement minoritaire. Il est vrai que l'usage d'héroïne s'accompagne de ruptures sociales fortes qui, plus que pour d'autres toxiques, conduisent vers le système de prise en charge. En revanche la fréquence relativement élevée de médicaments psychotropes parmi les substances en cause, s'explique par la sur consommation de médicaments en général, et d'antidépresseurs en particulier, qui est une des spécificités françaises. Encore faut-il préciser que cet usage est difficilement quantifiable à partir des seules statistiques de recours au soins. La proportion de femmes consommant régulièrement des médicaments psychotropes a été estimée à 14%, celle des hommes à 9%. Prescrits à 85% par des médecins généralistes, ces produits sont dans deux tiers des cas des tranquillisants ou des hypnotiques. Fait notable, la fréquence de l'usage des médicaments psychotropes dans la population générale augmente avec l'âge pour atteindre 30% à 80 ans et plus (E. Zarifian 1996).

Dans les établissements de l'enquête du Ministère, et comme on pouvait s'y attendre, l'alcool apparaît comme « substance associée » dans environ la moitié des cas mais n'est pas traité comme telle dans la plupart des unités de soins.

Du point de vue socio démographique, si les chômeurs sont surreprésentés par rapport à la population générale, on trouve également un nombre élevé d'inactifs et une forte minorité d'ouvriers ou d'employés en activité. Ici encore l'hypothèse selon laquelle l'insertion sociale et professionnelle fait défaut aux toxicomanes n'est pas confirmée systématiquement. Il faut bien entendu rappeler qu'il s'agit là de personnes prises en charge et que la discrimination opère sans doute en amont du dispositif de soins. Ceci est sans doute à relier à la dernière variable reprise dans le Tableau 2: le mode d'accès à l'unité.

---

<sup>13</sup> Dans l'enquête du Ministère, les recours annuels ne sont recensés qu'en Centres spécialisés.



Tableau 2  
Les « profils » des toxicomanes  
(en novembre 1990)

Substance (principale)	Héroïne *	Cannabis	Psychotropes	Cocaïne **	
	62%	18%	11%	2%	
Activité	Employés	Ouvriers	Chômeurs	Inactifs	
	11.5%	12%	36%	27%	
Age	<22 ans	22-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	>35 ans
	21%	19%	32%	17%	11%
Mode d'accès	Le patient	Professionnel	Inst. Judiciaire	Entourage	
	50%	22.5%	5%	14%	

\* 54 % en 1993.    \*\* 3% en 1993.

Source: SESI, Documents Statistiques, décembre 1991, n° 132.

Bien que non retenu dans les enquêtes récentes, le mode d'accès est un indicateur précieux de la manière dont une unité et, plus généralement, un dispositif de soins s'organise pour attirer une clientèle et s'insérer dans une filière. Dans 50% des cas (en 1990), les patients se sont adressés d'eux mêmes à l'établissement dans lequel ils sont traités en novembre (mois de l'enquête annuelle).

Ce pourcentage doit être rapproché de celui, moins rigoureux car obtenu par sondage, selon lequel environ deux tiers des toxicomanes n'ont jamais été médicalement ou socialement pris en charge pour leur toxicomanie. Ainsi, les traitements réalisés « à l'initiative » du patient sont la majorité <sup>14</sup>.

## II.2/ Les toxicomanes et leurs lieux de prise en charge:

Les statistiques du Ministère de la Santé montrent (Tableau 3) qu'un peu moins de la moitié des toxicomanes (41%) est traitée dans des établissements spécialisés <sup>15</sup>. Il s'agit le plus souvent d'établissements ou d'unités parties intégrantes d'hôpitaux ou de services de soins généraux.

<sup>14</sup> Certes la notion « d'initiative » peut être sujette à caution et la pression est souvent forte qui s'exerce sur le toxicomane de la part de la famille, de l'entourage ou même de la justice. Il faut donc prendre cette statistique avec précaution.

<sup>15</sup> Selon la nomenclature du Ministère, les « centres spécialisés » sont des structures « spécifiquement réservées à l'accueil et au traitement des toxicomanes ». Par exemple, un CHRS (établissement à vocation sociale) peut appartenir à cette catégorie dans la mesure où la totalité de sa clientèle est toxicomane ; mais peut aussi se déclarer « centre spécialisé », une unité de soins implantée dans un hôpital et dont la totalité des lits est consacrée au traitement de toxicomanes, dans ce cas l'unité fonctionne sur un budget annexe.

Quelle que soit la localisation, est considéré comme « spécialisé » tout établissement ou structure se présentant comme tel au cours de l'enquête annuelle du SESI et qui « sont spécifiquement réservés à l'accueil et au traitement des toxicomanes ». Ces structures sont donc diverses du point de vue de leur statut, de leur mode de financement ou de leurs actions. On en distingue trois principales: Centre de Traitement, Centre d'Accueil, Centre de Post Cure. Les « Centres d'accueil, de loin les plus nombreux, assurent la cure ambulatoire et le suivi psychothérapeutique des toxicomanes »<sup>16</sup>. Les autres toxicomanes pris en charge le sont, soit dans des institutions à vocation sociale (22,4%) soit dans des établissements hospitaliers dont la mission première n'est pas le soin aux toxicomanes. Dans ce cas il pourra s'agir de Centres Hospitaliers Spécialisés (c'est à dire Psychiatriques) ou d'Hôpitaux Généraux (22,8%).

**Tableau 3**  
**Répartition des toxicomanes par type d'établissements**

<u>Etablissements:</u>	<u>Médical</u>	<u>Psychiatrique</u>	<u>Spécialisé</u>	<u>Social</u>
Nombre d'étab.	323	185	206	366
Effectifs pris en charge	4.413	2.690	7.862	4.316

*Source:* SESI, n° 222, Mars 1995 (données de nov. 1993), p.13.

Ces enquêtes montrent que globalement, toutes les catégories de toxicomanes (évoquées plus haut) sont susceptibles de se retrouver dans toutes les catégories d'établissements. Cependant une analyse multidimensionnelle (analyse factorielle des correspondances), réalisée sur des données de 1987, malheureusement non renouvelée depuis, a permis de mettre en évidence certaines proximités (SESI, oct.1989). Il a été ainsi montré que certains profils de patients étaient reliés à des catégories spécifiques d'établissements. De ce point de vue il est apparu que l'âge et le produit ou la substance utilisé étaient significativement liés au type d'établissement où la prise en charge avait lieu à un moment donné. Des tris croisés, réalisés plus récemment, confirment ces tendances. Ainsi, 60% des usagers de cannabis pris en charge, le sont dans des établissements sociaux non spécialisés, tandis que les héroïnomanes sont majoritairement traités dans des hôpitaux ou dans des centres spécialisés (87%) (SESI, 1996). C'est également dans les établissements sociaux que la moyenne d'âge est la plus basse (24 ans contre 29 en centres spécialisés). Le mode d'accès non plus n'est pas également réparti entre les différentes catégories d'établissement. En novembre 1990, on pouvait constater que les « toxicomanes orientés par leur entourage étaient plutôt pris en charge en établissements sociaux, tandis que les médecins généralistes

<sup>16</sup> « Les soins aux toxicomanes ». SESI. 1993. 222. p. 27.

orientaient vers l'hôpital et que, dans les cas d'injonction thérapeutique, les toxicomanes étaient traités en centres spécialisés » (SESI, 1991).

Selon les différentes études du Ministère de la Santé <sup>17</sup>, les établissements spécialisés sont, pour la plupart, organisés autour de programmes ou de protocoles thérapeutiques à base de soutien psychologique et de suivi tandis que les établissements non spécialisés offrent plutôt des soins médicaux et plus directement liés à la désintoxication. Quant aux établissements sociaux, leur objectif est de travailler directement ou indirectement avec les travailleurs sociaux, dans le but d'intégrer socialement de jeunes utilisateurs de cannabis qui forment la grande majorité de leur clientèle. Quelques centres de post cures sont gérés sur une base « communautaire ». Situées à la frontière du système de soins officiel avec lequel elles entretiennent d'ailleurs des rapports souvent conflictuels, ces « communautés thérapeutiques » ne sont financées le plus souvent ni par la Sécurité Sociale ni par l'Etat, et il est difficile de connaître leur activité en détail.

---

<sup>17</sup> Cf. notamment le rapport de synthèse de l'étude « Analyse de l'activité du dispositif national de soins avec hébergement pour toxicomanes », DGS. Août 1992, 35p.

### III

#### Croissance et développements

Le dispositif de soins pour toxicomanes se développe rapidement. Sans que sa cohérence soit construite intentionnellement par l'ensemble des acteurs qui l'investissent, une dynamique apparaît peu à peu qui conduit à une forme spécifique de structuration.

Tout d'abord, le développement du système de soins dédiés aux toxicomanes peut s'observer à travers l'augmentation du nombre d'établissements qui se déclarent impliqués dans le traitement de la toxicomanie (III.1), il peut aussi s'évaluer à travers l'examen du déploiement d'une politique qui se présente comme de plus en plus volontariste (III.2).

#### III.1/ Une croissance quantitative forte:

Au premier abord, les chiffres indiquent que la tâche consistant à provoquer une prise de conscience parmi les professionnels est déjà commencée puisque la croissance du nombre de personnes traitées comme celle des unités de soins répondant à l'enquête annuelle du ministère, est d'environ 15% par an depuis une dizaine d'années.

Tableau 4

#### Croissance du système de soins pour toxicomanes

	nov.1987	nov.1990	nov.1994
Nombre d'établissements (dont spécialisés)	726 (149)	760 (186)	1.087 (216)
Nombre de patients	8.804	12.538	18.380

Sources : SESI et D. Antoine (1988 - 1996).

Cette croissance ne se déroule pas de façon homothétique puisqu'en s'étendant, le système se déforme. Deux dimensions sont particulièrement importantes en ce qu'elles illustrent et expliquent en quoi une attention croissante est accordée aux toxicomanes au sein du système de soins.

La première de ces dimensions concerne la croissance du nombre de « patients traités chaque mois ». Cet indicateur doit être analysé avec précaution. Comme le notent les chercheurs du SESI, l'augmentation des toxicomanes traités ne veut pas dire que l'incidence de la toxicomanie augmente en France. « En fait le nombre de personnes ayant bénéficié pour la première fois d'un traitement était plus petit (en 1988 qu'en 1987). Ainsi l'accroissement de l'activité des établissements spécialisés est dû à l'augmentation du nombre de patients déjà connus du dispositif. » (SESI, 1989). En novembre 1995, 57% des patients pris en charge avaient déjà eu recours au système de soins pour toxicomanes que se soit dans des unités spécialisé ou non.

L'importance de ce phénomène est attestée par l'évolution de l'âge moyen des patients. Celui-ci a crû de 25,6 ans en 1987 à 27 ans en 1990, pour atteindre 28 ans fin 1993. En regard de cette augmentation sensible, rien ne permet d'affirmer que l'âge moyen des toxicomanes (traités ou non) ait augmenté <sup>18</sup>, de sorte que l'on observe bien à travers cette variable un effet de l'offre de soins. Notons de plus, que l'âge moyen des patients sous méthadone est, en 1993, de 37,2 ans dans les établissements spécialisés, confirmant que la connaissance du patient (condition d'entrée dans ces programmes) et un âge moyen élevé vont de pair.

La seconde de ces dimensions concerne le développement inégal des flux de patients selon les types d'établissements. Le Tableau 5 montre que, depuis 1987, le nombre de patients traités dans des unités spécialisées a augmenté régulièrement alors que dans les autres types d'établissements, la croissance n'a commencé véritablement qu'à partir de 1990.

Les auteurs du SESI notent que ce phénomène est dû à l'augmentation du nombre de patients séropositifs traités dans le secteur médical mais absents des autres secteurs (social et psychiatrique). Pourtant, cette allocation des malades doit aussi être expliquée car il n'est pas « naturel » que les patients séropositifs soient presque exclusivement (dans 91,6% des cas) pris en charge dans les établissements sanitaires généraux ou spécialisés <sup>19</sup>. En revanche il paraît plus conforme à la logique médicale que les cas de « séropositivité symptomatique », qui représentent 8,3% des toxicomanes pris en charge dans l'ensemble du système, se trouvent principalement (73% des cas) dans les établissements sanitaires. Mais la fréquence des seconds explique sans doute celle des premiers: c'est parce que les hôpitaux sont mobilisés dans le traitement des SIDA avérés, que les toxicomanes séropositifs asymptomatiques y sont plus souvent traités que dans les centres à vocation sociale.

<sup>18</sup> Les statistiques concernant les interpellations font cependant apparaître une augmentation de l'âge moyen qui passe de 23 ans en 1986 à 24,5 ans en 1994. cette augmentation, reste très inférieure à celle observée dans les établissements de soins.

<sup>19</sup> Cet indicateur est cependant critiquable, car dans les établissements « sociaux » le statut sérologique en matière de VIH, n'est déclaré que dans 22% des cas dans l'enquête du SESI portant sur le mois de novembre 1993.

**Tableau 5**  
**Croissance du nombre de patients**  
**par type d'établissements**

	1987		1990		1994	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Etabliss. Spécialisés	3.855	43,7	5.637	45	9.282	50,5
Etabliss. Sociaux	1.883	21,4	2.609	20,8	4.484	24,3
Etabliss. Psych.	1.379	15,7	1.613	12,8	2.615	14,2
Etabliss. Hospit.	1.687	19,2	2.679	21,4	3.991	21,7
Total	8.804	100	12.538	100	18.380 (*)	110,7 (*)

*(\*) Pour l'année 1994, le total des pourcentages dépasse 100 car il existe des doubles comptes. Le chiffre de 18.380 est obtenu en soustrayant du nombre total de toxicomanes celui des toxicomanes « déclarés suivis à la fois par un centre spécialisé et un hôpital ou un établissement social ». Selon le SESI, 2.012 toxicomanes étaient dans ce cas en novembre 1994.*

L'évolution des lieux de prise en charge, à la fois spécialisés et diversifiés, doit être considérée comme l'indice d'un changement dans l'attitude médicale vis à vis de la toxicomanie. Si le SIDA a joué un rôle dans cette évolution c'est en modifiant le regard médical sur le toxicomane. Les médecins sont aujourd'hui de plus en plus enclins à considérer les toxicomanes comme des patients à part entière et non plus comme des déviants qu'il faudrait ignorer.

L'épidémie de SIDA et les objectifs de Santé Publique peu à peu définis, ont ainsi conduit les intervenants à prendre en compte et à tenter de contrôler la toxicomanie de leurs patients. Compte tenu des cloisonnements professionnels et de la redéfinition des territoires qui accompagne cette prise de conscience, ce contrôle s'effectue désormais sur des bases médicales et non plus psychiatriques ou sociales. En effet, avant 1989, les toxicomanes étaient, dans les hôpitaux, surtout pris en charge en

services de psychiatrie. Aujourd'hui c'est dans les services de médecine que la toxicomanie des malades atteints de SIDA est traitée pour elle-même. Ce mouvement est renforcé par des politiques appuyées sur des convictions.

### III.2/ Une politique centralisée et volontariste:

L'évolution des opinions de politiciens et / ou de médecins montre que la tendance est bien d'accueillir dans le système de santé des toxicomanes qui pourraient être captés par la police et la justice.

Certes on ne saurait mettre sur le même plan des prises de position et des politiques. Les premières s'inscrivent dans une dynamique où il s'agit d'établir un rapport de force, les deuxièmes relèvent du compromis. Mais ces opinions, loin d'être anecdotiques ou relevant de la pure rhétorique, contribuent à définir la légitimation dont toute action, fut-elle de Santé Publique, a besoin pour être mise en oeuvre.

Bien que les politiques sociales soient de plus en plus décentralisées et mise en oeuvre au niveau des Départements, c'est de l'Etat que proviennent les lois qui renforcent une vision monolithique des drogues et des toxicomanes dans la coordination des politiques de prévention, de répression et de soins.

En France, la prohibition et la pénalisation sont les armes communément utilisées par l'Etat et ses institutions. Mais à un niveau local ou dans la pratique, les attitudes ne sont pas aussi tranchées.

#### III.2.1/ Vers une dépénalisation limitée ?

Reliée à cette centralisation, et contrairement à ce que l'on a pu observer dans divers autres pays, où les drogues « dures » sont distinguées des « douces », les gouvernements français successifs réaffirment régulièrement leur attachement à la théorie de la « porte d'entrée » qui soutient que le recours aux drogues douces est la première étape vers la dépendance aux drogues dures.

Pourtant, au quotidien et sur le terrain, les choses se passent différemment. La répression de l'usage du cannabis est relativement moins fréquente et, plus encore, moins sévère que celle de l'usage de l'héroïne. Si bien qu'il apparaît clairement que la volonté de ne pas faire de différence relève de plus en plus de l'incantation: il s'agit de fixer une limite qui puisse être transgressée sans risque sociaux majeurs, mais, dans le même temps, il s'agit surtout de concentrer forces et moyens sur les vrais problèmes, ceux liés aux drogues « dures »<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Une instruction officielle et écrite a été donnée aux policiers de ne pas poursuivre en justice les usagers et les consommateurs de cannabis pris avec une petite quantité. Mais selon les zones géographiques et le moment, cette instruction est plus ou moins respectée. Globalement, sur les 52.000 interpellations pour usage de stupéfiants réalisées en France en 1994, environ 62% concernaient le cannabis et 33% l'héroïne.

Plusieurs rapports officiels ou quelque audition publique convergent pour défendre l'idée selon laquelle la pénalisation est moins coûteuse et moralement efficiente (C. Trautman, 1990). A la base de cette stratégie se trouve l'hypothèse selon laquelle diminuer la disponibilité des produits c'est diminuer le nombre de toxicomanes. Mais, opposé à cette position dominante, un mouvement d'opinion est en train d'émerger qui, prenant en compte et s'appuyant sur le drame du SIDA, développe des arguments de plus en plus écoutés en faveur de la dépénalisation. Dans un article / manifeste <sup>21</sup> des médecins ont ainsi plaidé pour que l'on reconsidère la question de la dépénalisation, première étape vers la reconnaissance d'un toxicomane « citoyen ». Pour ces praticiens, cette « citoyenneté est nécessaire pour que les toxicomanes retrouvent leur dignité et leur droit à un accès aux soins ».

Toutefois, la profession médicale ne fait, dans son ensemble, pas pression en ce sens. Ainsi, pour certains experts médicaux, « l'injonction thérapeutique » - procédure qui donne au toxicomane le choix: se faire soigner ou être poursuivi par la justice <sup>22</sup> - pose certes des problèmes d'éthique mais reste un bon moyen pour endiguer le mouvement en faveur de la dépénalisation qui s'étend de part et d'autre des clivages politiques traditionnels. En plaçant le médecin entre le délinquant et la société, elle offre une alternative au dilemme prévention ou répression, au moins sur le plan individuel. Elle justifierait donc que soit maintenu un arsenal policier et juridique fort puisqu'il ne dépend que du toxicomane de s'en émanciper par le haut, c'est à dire par le médical. Au point que pour certains spécialistes « la seule dépénalisation possible ... c'est l'injonction thérapeutique » (J.P. Séguéla, 1993).

Dans cette perspective, l'augmentation du nombre d'injonctions thérapeutiques est significative de l'émergence d'un « système ». De fait, le recours à cette procédure n'a cessé de croître depuis sa mise en place par la loi du 31 décembre 1970. Plus encore, depuis 1990, où il n'était que de 5%, le pourcentage de traitements suite à une injonction a régulièrement augmenté pour atteindre environ 10% de l'ensemble. Si on distingue les injonctions thérapeutiques prononcées de celles qui sont effectivement suivies de soins, la tendance est encore plus claire. Selon l'OFDT, les premières ont augmentées de 40 % entre 1993 et 1995 (passant de 6.149 à 8.639) et les secondes ont connu une croissance relative plus forte en passant de 4.064 à 6.072.

La circulaire du 28 avril 1995, confirme l'importance à la fois concrète et symbolique, de la procédure de l'injonction thérapeutique dans le dispositif <sup>23</sup> « le renforcement de la procédure d'injonction thérapeutique constitue un élément

<sup>21</sup> B. Lebeau, J.P. Lhomme et alii « Toxicomanie, Droit et Citoyenneté », Libération, 9 juillet 1995.

<sup>22</sup> La loi du 31 12 70 précise, art. L.268.1 « L'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformées au traitement médical qui leur aura été prescrit ».

<sup>23</sup> Cf Actualités Sociales Hebdomadaires, 5 mai 1995 « Harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique. Commentaire de la circulaire DGLDT, CRIM, DGS du N° 20 C du 28 avril 95 ». Il y est précisé notamment que l'injonction thérapeutique n'est exclusive de poursuites que lors de la première infraction constatée.



important du dispositif de lutte contre la toxicomanie... veiller à ce que cette possibilité soit offerte à tous les usagers ... ». Tout en affirmant que l'injonction thérapeutique poursuit un triple but (judiciaire, sanitaire, social) la circulaire tend à établir une priorité qui pourrait rester de l'ordre de la rhétorique si elle ne s'appuyait sur des logiques institutionnelles et professionnelles fortes. Il est ainsi rappelé que le succès de la mesure dépend en grande partie de la « confiance réciproque que se font les magistrats et les médecins ». Le travail social cantonné en aval du dispositif, est soit intégré à l'action de la DDASS ou du Parquet soit « sous traité » à des associations existantes: « A défaut, les services d'accompagnement social des services de la justice pourront être associés à cette démarche ». Le réflexe institutionnel, donnant la préférence à l'intervention déconcentrée, favorise les coopérations entre Médecine et Justice plutôt qu'avec les services sociaux départementaux qui, il est vrai, ne financent pas les Centres.

Dépénalisation ou pas, la finalité reste bien la facilitation du recours aux soins dignes et de qualité, rédempteurs pour les uns, signes et garants d'une responsabilité retrouvée pour les autres <sup>24</sup>. D'ailleurs dans les deux « camps » on s'accorde pour se réjouir du fait que le « monde médical est en train de sortir de l'attitude d'évitement, si ce n'est de rejet, vis à vis des toxicomanes » (B. Lebeau et J.P. Lhomme, 1994). Ce faisant, et dans une certaine mesure, le corps médical ne fait que mettre ses actes en accord avec l'importance de ses paroles, laquelle était considérée, il y a quinze déjà, comme dominante dans le champ de la toxicomanie. (M. Zafirooulos et P. Pinel, 1982).

Mais les discours et les politiques confirment que tendance à la médicalisation ne veut pas dire tendance à l'uniformisation. Compte tenu de la diversité des objectifs et des intervenants, il n'est donc pas étonnant que le système de financement soit pluriel dans le sens où il doit conjuguer des impératifs administratifs, judiciaires et médicaux tout en permettant un contrôle et une maîtrise des dépenses.

### III.2.2/ Un financement complexe:

Depuis 1991, le financement des établissements spécialisés est confié à l'Etat. Une enveloppe globale est ainsi attribuée chaque année, puis répartie localement sous le contrôle et la responsabilité des DDASS (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale). Il faut distinguer deux formes de financement.

Le premier concerne le sevrage et le traitement de substitution dont le montant total était, en 1993, d'environ 60 Millions de francs. Pour le sevrage cette procédure est justifiée par le respect de l'anonymat du demandeur qu'un remboursement classique par la Sécurité Sociale ne permettrait pas ; il s'agit donc de faciliter ou de ne pas rendre

---

<sup>24</sup> En février 1997, à propos des crimes sexuels. J. Toubon, ministre de la Justice, garde des sceaux, déclarait devant les sénateurs: Il s'agit de « faire accéder le traitement pénal à la dignité et à la noblesse de la thérapie médicale ».

plus difficile l'accès aux soins pour des personnes souvent socialement marginalisées. En revanche on peut penser que, au delà de ce premier objectif, la prise en charge des frais liés à la délivrance de méthadone et aux analyses biologiques régulières que ces programmes exigent, correspond à la volonté de contrôler les demandes. En effet, les centres n'ayant pas de pharmacie intégrée, passent convention avec un hôpital voisin et celui-ci demande le remboursement en lieu et place du centre. De plus la délivrance de la méthadone est effectuée sous le contrôle de la pharmacie hospitalière. Si la logique financière n'est pas première, on ne peut totalement l'exclure dans la mesure où les enjeux économiques ne sont pas négligeables. On estime à environ 12.000 francs par patient et par an le montant de ces dépenses <sup>25</sup>.

Le deuxième circuit consiste en une dotation globale attribuée aux centres, soit directement par la Direction Générale de la Santé (en cas de création nouvelle) soit par le biais des DDASS. De 1987 à 1995, cette dotation est passée de 307 à 550 millions de francs. Elle peut constituer, dans certains cas, une part significative des budgets annexes des hôpitaux publics, d'autant que 40% des centres de consultation sont rattachés à un hôpital. Le plus souvent cette dotation forme la quasi totalité du budget des centres spécialisés <sup>26</sup>.

Dans ce contexte, il est très significatif qu'un décret du Ministre de la Santé (21.09.93) organisant le système de soins pour toxicomanes, se focalise sur deux points:

i/ Le développement de « l'offre de désintoxication », l'objectif étant d'atteindre la capacité de « 5 lits pour 50.000 habitants » <sup>27</sup>.

ii/ La création de réseaux de soins fusionnant des soins ambulatoires et hospitaliers. Un budget spécifique sera alloué à tout projet perçu comme innovant, efficient et réellement assis sur une coordination pluridisciplinaire <sup>28</sup>.

Ici, comme dans d'autres domaines, il s'agit d'ouvrir les frontières de l'hôpital pour mieux maîtriser les coûts et garantir la continuité des soins pour des patients qui sont réputés peu faciles à contrôler. Pour parvenir à cet objectif, le moyen privilégié est de laisser à l'hôpital, et à ses médecins, le rôle principal. La circulaire du 21.9.1993 précise « chaque réseau toxicomanie / ville / hôpital, sera pourvu d'un médecin hospitalier dont la mission sera de coordonner ... (l'intra et l'extra hospitalier) ».

Certes, certains producteurs de soins voient dans ces réseaux l'occasion d'améliorer leur connaissance et leur expertise en travaillant en équipe plutôt que séparément les uns des autres et de manière dispersée. Mais pour d'autres, ces réseaux

<sup>25</sup> Entretien auprès de la DGS, juin 1995.

<sup>26</sup> Selon une enquête publiée par la DGS, 96% du budget des centres spécialisés avec hébergement proviennent de cette dotation (DGS, 1992, p.21).

<sup>27</sup> Les données du SESI permettent de penser que, au moment du décret, la capacité était de 3 pour 50.000.

<sup>28</sup> Chaque réseau financé pourrait être subventionné à hauteur de 300.000 Francs.

sont perçus comme des outils dans les mains de l'administration et de la puissance publique pour contrôler, sinon réduire, l'autonomie décisionnelle des médecins libéraux et des autres intervenants en toxicomanie. Force est de constater que, malgré les incitations financières, peu de réseaux ont vus le jour. Dans la circulaire DGS / DH du 3 avril 96, le ministère recensait 22 réseaux Toxicomanie-Ville-Hôpital agréés.

Une conception davantage pluridisciplinaire de la maîtrise du réseau ou une procédure adaptable à chaque cas, aurait sans doute donné plus de souplesse aux expériences locales. En effet pousser au partenariat local sur la base d'une politique nationale, c'est supposer résolu le problème auquel on s'attaque. C'est en amont, et sur le terrain, que l'action devrait porter d'abord, pour créer les conditions d'une collaboration équilibrée. Celles-ci dépendent moins des incitations financières que d'une connaissance préalable et réciproque des objectifs, des compétences spécifiques et des domaines d'intervention, notamment professionnels, des acteurs du « partenariat » qu'il s'agit de coordonner.

## IV

### Une question de professionnels

Analysant la manière dont la toxicomanie défie le système de soins de l'extérieur et de l'intérieur, on est ainsi amené à l'observer sous l'angle économique qui met en avant la dynamique de la structuration d'un marché.

#### IV.1/ A la recherche d'une reconnaissance professionnelle:

En économie classique, l'apparition d'un nouveau marché est reliée à celle d'un nouveau besoin du côté du consommateur assouvi par un bien ou un service produit par de nouveaux producteurs. Appliquée à l'économie de la santé, un tel raisonnement n'a que très peu de validité ou de valeur explicative.

Ainsi, une des dimensions les plus importantes de l'émergence puis de l'évolution des soins aux toxicomanes a été celle de l'échec médical. Dans une certaine mesure cet échec produit un espace pour que de nouvelles pratiques se déploient en dehors de toute forme d'évaluation des résultats. L'enquête de la DGS, citée plus haut, consacre un paragraphe à « L'auto évaluation pour les centres de l'efficacité de leur prise en charge ». On sait depuis longtemps ce que vaut ce type de pratique toute entière tournée vers l'auto satisfaction. Pourtant, même à cet exercice, les praticiens ne semblent pas se livrer avec ardeur: « Pendant le séjour, les moyens d'évaluer le travail réalisé qui ont été cités sont souvent les signes simples d'une normalité banale ... Ces signes sont loin des grilles d'évaluations habituelles. Ne pourrait-on les y intégrer ? » (D.G.S., 1992, p. 19).

#### IV.1.1/ Evaluation et prise en compte:

En un temps où l'évaluation économique (étude coûts-avantages, coûts-efficacité, etc.) domine les décisions médicales et les légitime, les domaines dans lesquels la réussite technique n'est pas requise prennent une importance stratégique considérable. Le mouvement d'investissement par le corps médical et, à sa suite, paramédical, de tels domaines suit généralement plusieurs étapes qui sont autant de passages obligés vers la reconnaissance professionnelle. Elles vont de l'ignorance du problème, considéré d'abord comme en dehors du champ de l'intervention médicale, jusqu'à la définition de terrains de conflits parfois âpres pour la captation de clientèles devenues redevables de la prise en charge médicale. C'est en tout cas la dynamique qui a été observée autour de l'alcoolisme dans les décennies 70 et 80. On peut penser qu'elle préfigurait celle qui présidera à l'avènement de la toxicomanie en tant que pathologie relevant d'une spécialité à part entière.

Il y a trente ou quarante ans, il était fréquent de lire dans la littérature spécialisée des articles déplorant le peu d'intérêt que les médecins accordaient aux malades alcooliques. Puis, la finalité même de l'intervention médicale s'est modifiée. De l'abstinence complète on est peu à peu passé à une évaluation des traitements fondée sur une batterie d'indicateurs d'où la quantification, permise par divers tests biologiques, n'était pas absente. Dans certains cas l'efficacité d'une thérapeutique n'était mesurée que par le degré de son acceptation (observance) par le patient.

En matière de toxicomanie, une analyse de la littérature publiée par une équipe de l'INSERM visant à évaluer l'efficacité de différents modes thérapeutiques est une des rares études disponibles s'appuyant sur un matériau abondant et réalisée sous forme d'analyse secondaires de recherches rigoureusement confrontées (F. Lert et E. Fombonne, 1989, C. Le Galés, 1992). Or il apparaît que les pourcentages de succès sont proches d'une étude à l'autre visant à évaluer différents programmes ou protocoles thérapeutiques.

Cependant, pour les auteurs eux mêmes, si peu de différences sont notées entre les soins ambulatoires, avec hospitalisation ou les programmes de substitution par la méthadone, la désintoxication seule (i.e. non associée à une autre forme de prise en charge) semble être moins efficace que les autres modes de traitement. Ce jugement quelque peu balancé, laisse le champ libre à d'autres études secondaires ou originales. Il est d'autre part cohérent avec la volonté de professionnels d'entrer dans un domaine où le doute étant permis, toutes les expériences sont théoriquement et potentiellement les bienvenues.

Jusqu'à tout récemment, la prise en charge de la toxicomanie se heurtait cependant à un obstacle majeur car lié à l'évolution de la pratique et de l'idéologie médicales. Depuis les années 60, la conviction est largement partagée qui tend à remettre en cause l'alliance des méthodes coercitives et des moyens thérapeutiques. Or les toxicomanes posent avec acuité le problème du contrôle social et de sa responsabilité, partagée entre police, justice, service social et médecine. Il y a donc une forte contradiction entre ce dont les toxicomanes sont censés avoir besoin (éventuellement une prise en charge coercitive) et l'image ouverte que la médecine moderne et la santé publique veulent donner d'elles mêmes.

Cette contradiction est toutefois en train d'être résolue par le type de contrôle sur lequel s'appuient les « programmes de substitution ». En février 1994, moins de 77 personnes étaient bénéficiaires d'un traitement de substitution (méthadone) et on en comptait déjà 40 au début des années 70<sup>29</sup>. Cette stagnation quasi absolue durant plus de vingt ans était le signe de la prégnance d'une certaine éthique médicale, réticente à « remplacer une dépendance par une autre ». Cependant, à la suite de nombreux pays européens et nord américains, on commence de développer activement ce type de prise

<sup>29</sup> Pour les difficultés concernant l'implantation de ces programmes cf. Moore (1978)

en charge, notamment, dans le cadre de la politique de lutte contre la propagation du SIDA. En octobre 1993, la DGS autorisait l'ouverture de la première unité de soins pour toxicomanes distribuant de la méthadone à l'extérieur d'une structure hospitalière .. mais sous son contrôle. Cette unité s'adressait en priorité, notamment, aux toxicomanes séropositifs. Mais les arguments développés alors pour justifier la création de ce programme étaient surtout fondés sur le constat d'échec des autres structures ou pratiques et l'absence de lieu adapté aux besoins des toxicomanes, qu'ils soient ou non séropositifs.

Conformément à l'exigence d'ambivalence institutionnelle propre à toutes innovations agréées, il s'agissait de « s'insérer dans le dispositif de soins spécialisés du Département », tout en dénonçant ses lacunes <sup>30</sup>.

Depuis, l'AMM du Subutex a accéléré le processus de prise en charge ambulatoire. L'OFDT indique: «on estime à partir du chiffre de ventes, en septembre 1996, à environ 19.000 le nombre de personnes qui bénéficient du traitement de substitution au Subutex » <sup>31</sup>. Avec cet engouement nouveau, et la forme de réussite qui l'accompagne, des phénomènes caractéristiques des marchés classiques peuvent émerger. De nouveaux patients, de nouvelles clientèles s'adressent au médecin généraliste qui auparavant ne fréquentaient pas les structures spécialisées ou les hôpitaux ; c'est notamment le cas des adultes de plus de 50 ans. Une demande nouvelle, traduisant un besoin ancien, est ainsi révélée par une offre désormais organisée. C'est aussi parce que ces programmes permettent une pratique ouverte et pluridisciplinaire, un suivi en ambulatoire en parallèle avec une prise en charge hospitalière, que les réticences vis à vis d'une pratique naguère disqualifiée au nom de la déontologie, sont en passe d'être vaincues. Ici encore l'analogie avec l'alcoolisme est éclairante.

#### IV.1.2/ Diversification et euphémisation:

Des écrits, études, recherches, textes législatifs ou réglementaires consacrés à l'alcoolisme, on peut déduire que c'est le même type de configuration, caractérisée par l'absence de solution technique admise par tous comme efficace, qui, au début des années 70, a construit un champ professionnellement ouvert. D'abord investi par des spécialités « traditionnelles » (psychiatrie et gastro entérologie notamment), cet espace a été assez rapidement remodelé. Les stratégies professionnelles peu à peu mises en oeuvre ont convergé pour donner naissance à l'Alcoologie, discipline / spécialité nouvelle, à la fois synthèse des précédentes approches et à visée innovante. Cette naissance s'est accompagnée de débats, pratiques et théoriques, concernant le mode de supervision que le médecin devait employer vis à vis d'un malade qui, déniait son état

<sup>30</sup> J.C. Pierrette « Pour venir en aide aux toxicomanes », *Le Monde*, 22 avril 1994.

<sup>31</sup> OFDT (1996) op. cité, p. 29. Une enquête menée par un laboratoire pharmaceutique, dont la presse a rendu compte en décembre 1996, a évalué à 30.000 le nombre de toxicomanes bénéficiant du traitement de substitution au Subutex.

pathologique et. plus encore. la cause de cet état. était rétif à toute prise en charge stigmatisante.

Il est de ce point de vue professionnellement et économiquement rationnel que les confrontations se soient focalisées sur la question du dépistage, à la fois première étape de la filière de soins. dont il s'agit d'avoir la maîtrise. et premier pas de l'éventuelle stigmatisation. Il est sans doute inutile de revenir ici sur les détails de cette lutte professionnelle. Il suffit de rappeler l'existence d'une longue suite (pour ne pas dire d'une théorie) de circulaires ministérielles qui ont donné successivement la primauté du dépistage à des services ou institutions aux noms de moins en moins équivoques quant à leur finalité: « Centre d'Hygiène Mentale », puis « Centre d'Hygiène Alimentaire », puis « Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie » puis, enfin, « Centre d'Alcoologie ». L'abandon de la volonté de ne pas stigmatiser s'expliquant par la nécessité impérieuse, pour définir de nouveaux territoires, de brandir de nouveaux étendards visibles par les pairs tant localement que nationalement. Dans le même temps, les pratiques d'orientation et de sélection contribuaient à écarter des services spécialisés. les cas les plus lourds (Mossé, 1992).

Par rapport à cette évolution. le traitement de la toxicomanie apparaît lui aussi caractérisé par une multitude de modes de prise en charge, recourant simultanément ou successivement à des disciplines ou des théories diverses et parfois contradictoires. Cette diversité matérielle et « philosophique » s'accompagne souvent du dénigrement des pratiques concurrentes ; comme ce dénigrement est réciproque, l'observateur ne peut que rester perplexe vis à vis de l'efficacité globale du système et des thérapeutiques.

C'est donc légitimement que. dans une enquête publiée en 1992, la DGS s'interroge: « cette tendance à sous estimer l'efficacité du travail de l'autre est-elle une conséquence de l'absence de moyens de quantifier les résultats ? » (DGS. 1992). Une attitude fonctionnaliste, voire scientiste, pousserait à répondre positivement, on pourrait alors plaider pour le développement d'outils et de techniques évaluatives. Mais l'analyse de l'économie professionnelle conduit à répondre doublement par la négative. D'une part, c'est le souci de ne pas se confronter aux concurrents ou aux confrères qui cantonne quantitativement et qualitativement les études évaluatives. D'autre part ce ne sont pas les « moyens de quantifier les résultats » qui manquent mais bien plutôt la volonté et l'intérêt (professionnel et économique) de les mobiliser.

Cette réticence est, dans la phase actuelle, confortée par le fait que la place de l'intervention médicale n'est pas encore assurée. En témoigne l'appellation des centres spécialisés (« Centre d'Accueil », « Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale », Clinique de la Liberté, etc.). Elle démontre que l'étape de l'euphémisation n'est pas encore totalement franchie. Certes, celle ci n'est pas un passage obligé vers une spécialisation reconnue et donc explicite. Mais elle constitue un socle sur lequel se

construit peu à peu une reconnaissance de fait dans des domaines de la médecine où l'efficacité des traitements n'est garantie ni théoriquement ni dans la pratique.

L'appellation des centres et des unités, est significative de la transition que connaît l'ensemble du dispositif vers une médicalisation spécialisée. Elle est aujourd'hui caractérisée par la recherche d'une diversification des voies d'accès aux soins. Ainsi, à l'instar des « Antennes Toxicomanie », voit-on de plus en plus souvent apparaître, à côté du nom de l'établissement, une indication de sa mission.

Mais, la plupart des structures reste, pour un temps désormais compté, construite sur le mode de l'euphémisation et / ou de l'anonymat afin de pouvoir attirer, en tout cas ne pas décourager, les toxicomanes qui ne se reconnaissent pas comme tels ou qui refusent la stigmatisation. Cette stratégie reste donc valable pour les points dits « seuil bas » tels que les « Boutiques », les Points Ecoute Parents enfants, institués et renforcés en 1995 par la Direction de l'Action Sociale, ou les « sleep in », centres d'hébergements d'urgence spécialisés pour toxicomanes.

On peut d'ailleurs noter que dans les communautés thérapeutiques, la stratégie de l'implicite est encore plus nette, où des établissements se dénomment « le Tremplin », « le Patriarce » ou encore « la Maison des Pins ». Mais dans ce segment de la prise en charge des toxicomanes la discrétion a peut être d'autres motifs (notamment liés à l'acceptation, sinon à la tolérance de l'environnement).

Selon le schéma explicatif qui donne la primauté à la logique professionnelle, et comme l'a montré l'exemple de l'alcoolisme, c'est lorsque les avantages de la reconnaissance par les pairs (en terme d'orientation, de construction d'expertise, etc.) deviendront supérieurs à ceux tirés de l'application de la théorie du déni ou des impératifs de discrétion, que l'euphémisation se muera en spécialisation explicite.

En dépit de ce retard relatif dans la reconnaissance de l'appartenance de la toxicomanie au courant dominant de la médecine, le dispositif de soins est d'ores et déjà structuré le long de lignes professionnelles. On a vu, par exemple, que selon les types de produits consommés, l'âge ou les pathologies associées, un toxicomane avait plus de chance d'être pris en charge par un établissement social, spécialisé, général ou psychiatrique. Malgré l'absence d'information sur ce qu'une telle allocation des patients construit ou empêche en terme de continuité et de qualité des prises en charge dans le temps, on peut penser que la complémentarité est réalisée par l'ensemble du dispositif dans la mesure où les toxicomanes peuvent y circuler en fonction de leurs besoins médicaux et sociaux.

Or, par rapport à cette objectif de coordination, le système de soins aux toxicomanes apparaît fortement dualisé car la répartition des patients et, plus encore, celle des modes de prise en charge recouvrent celle des statuts, publics ou privés, des établissements et donc leur mode de financement.



#### IV.2/ Une division du travail par statut d'établissement:

En France, les organismes de Sécurité Sociale financent l'essentiel des établissements de soins qu'ils soient publics ou privés (à but lucratif ou non). Toutefois, ce que les théoriciens anglo saxons appellent volontiers le « type de propriété » et que les français nomment pudiquement le « statut », détermine la manière dont les unités sont financées. Les hôpitaux publics et privés participant au service public sont financés sur le mode de la dotation globale tandis que les cliniques privées commerciales continuent d'être financées sur la base du prix de journée. Certes, l'ampleur des impératifs économiques est globalement la même pour les deux types d'établissements, mais les stratégies mises en place pour y faire face vont être différentes.

Pour ce qui concerne la toxicomanie, ce panorama est encore compliqué du fait de l'existence d'une multitude de petits établissements, centres ou clubs régis par la loi sur les associations de 1901 qui autorise une grande diversité dans la collecte de fonds privés et publics. Ces lieux sont également largement investis par l'activité bénévole. Celle-ci confère à la pratique à la fois souplesse et engagement personnel. Ils vont de pair avec une capacité à traverser les clivages professionnels et les frontières institutionnelles en s'affranchissant des contraintes organisationnelles. Ainsi nombre d'institutions à vocation sociale offrent une aide à l'insertion après qu'un traitement médical ait été donné ailleurs, par exemple dans un hôpital, sans que la transmission d'une information réciproque soit systématiquement assurée entre les deux structures.

La segmentation que recouvre la dualisation entre privé et public peut être montrée sur différents plans. Le plus parlant est celui des types de soins et des modalités de prise en charge. Il apparaît en effet que celles-ci sont radicalement différentes selon que l'on se trouve dans une structure privée (majoritairement à vocation sociale) ou publique (majoritairement à vocation médicale).

Par exemple, l'aide à l'insertion économique et sociale est offerte à environ 12% des toxicomanes pris en charge, on peut considérer que ce pourcentage est globalement faible. Mais, plus surprenant, le Tableau 6, ci dessous, montre que ces types d'aide, sous forme de conseils ou d'actions concrètes visant à l'insertion, ne sont disponibles, presque exclusivement, que dans des centres privés (86,3%). A contrario, les sevrages et les désintoxications sont très largement proposés dans les établissements publics, qui réalisent près des trois quarts de ces traitements. Au vu de ces pourcentages, on pourrait émettre l'hypothèse selon laquelle la division privé / public recouvre une forme naturelle de division du travail reposant sur des savoir-faire spécifiques liés à des stades différents de la toxicomanie. Mais cette hypothèse n'est pas confirmée

puisque l'on retrouve une domination quantitative de l'un ou l'autre des deux secteurs à différentes phases de l'évolution des besoins médicaux et sociaux des toxicomanes<sup>32</sup>.

Cette dichotomie n'étant le fait ni d'une division du travail calquée sur l'évolution « naturelle » des pathologies, ni d'une régulation marchande (on a vu plus haut que celle-ci n'exerce que marginalement une influence sur l'allocation des malades) ni d'une réglementation intentionnelle (aucun texte n'interdit à un hôpital public d'assurer le suivi social de ses patients !), il reste à en expliquer les causes et à en évaluer les conséquences. En l'absence de recherches spécifiques sur cette question difficile, on peut essayer d'en nuancer la formulation. Ainsi par exemple, le contenu réel de chaque programme thérapeutique n'est pas le même d'une unité à l'autre et les mêmes termes (insertion, psychothérapie, etc.) recouvrent sans doute des réalités différentes. Bien que l'objet de ce rapport ne soit pas de dresser un bilan exhaustif des techniques utilisées dans la prise en charge des toxicomanes, il est utile d'en montrer ici la diversité.

**Tableau 6**  
**Une dualisation public/privé**  
(Année 1993)

	TOTAL	% Secteur Public	% Secteur Privé
Patients	19.281	47	53
Patients en unités spécialisés	7.862	31	69
Réinsertion sociale	1.649	7	93
Sevrage	4.396	75,2	24,7
Soutien Psychologique	6.451	28	72
Traitement d'affection somatique associée	2.048	96,7	3,3
(V.I.H.) Séropositifs symptomatiques	1.723	75	25
Patients de 40 ans et plus	903	58	42
Héroïne	10.398	52	48
Cannabis	3.617	26	74

Source: d'après des données fournies par le SESI pour les besoins de ce rapport<sup>33</sup>.

<sup>32</sup> Une telle division ne se retrouvant pas, sous cette forme en tout cas, dans d'autres segments du système de santé, ses attendus auraient tout de même été à élucider.

Dans la mesure où le temps de la première évaluation / diagnostic est crucial, il est important d'évoquer l'accueil. Premier contact avec le système de soins spécialisés, cette phase est le plus souvent décisive pour la suite et l'éventuelle réussite de la succession des prises en charge ultérieures. Dans de nombreux sites « de première ligne », le premier contact est avant tout une occasion d'évaluer la motivation du patient et de l'orienter vers un établissement et une modalité de prise en charge adaptés à son cas. Dans ce contexte, les intervenants remplissent essentiellement une fonction d'écoute. Dans d'autres lieux, tels les services hospitaliers, où le personnel peut, sur place, mobiliser un éventail plus large de traitements, cette phase est mise à profit pour adapter au toxicomane une prise en charge souvent initiée pour un autre motif (entrée en urgence, pathologie associée, etc.)

La phase de désintoxication, qui suit le plus souvent ce premier contact, peut revêtir des formes concrètes différentes. Ainsi, la littérature professionnelle montre que plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour conduire la désintoxication, selon le lieu de la prise en charge et la « philosophie générale » des intervenants (S.Goffi 1992, A. Ogien 1994).

Généralement, les cures de désintoxication suivent plusieurs étapes commençant par cinq à six jours de sevrage accompagnés d'une prise de médicaments. Dans quelques sites, le plus souvent hospitaliers, cette étape peut être réduite par le recours à la perfusion qui aide et accélère le processus d'élimination. Le patient est alors isolé dans une salle spécialement équipée, et, dans le même temps une série d'exams et de bilans biologiques est effectuée. Selon l'état de gravité de « l'état de manque » ainsi décelé, il peut se faire qu'un placebo soit administré en lieu et place de la drogue de substitution dans ce cas, un psychiatre pourra être sollicité. A l'issue de cette première étape, et avant la phase dite de réhabilitation, il est possible d'orienter le patient vers des soins ambulatoires. Cette pratique est d'ailleurs encouragée par un décret du 31.3.1995 qui autorise les pharmaciens à délivrer de la méthadone sur ordonnance médicale, à un patient traité en ambulatoire par un praticien spécialiste ou généraliste. Cette procédure pouvait auparavant être mise en place notamment par des services de psychiatrie utilisant les ressources de la sectorisation.

Malgré la diversité des pratiques, des techniques et des lieux potentiels de la prise en charge, certains experts suggèrent que la continuité et la cohérence des soins sont effectives et que les patients sont, sans obstacle majeur, susceptibles d'être orientés d'un site à l'autre en fonction de leur état sanitaire ou de leur besoins sociaux (F.Lert et E. Fombonne, 1989, p.51).

---

<sup>35</sup> Les statistiques publiées par le Ministère de la Santé, ne tenant pas compte de la variable « statut de l'établissement », pourtant renseignée au moment de l'enquête, le tableau 6 a été construit grâce à l'aide des services spécialisés du SESI.

Cependant aucune étude systématique ne permet de confirmer ce jugement relativement optimiste. Pour qu'il en soit ainsi il faudrait que des conditions (nécessaires sinon suffisantes) soient remplies qui aujourd'hui ne le sont pas. A l'appui de cette analyse, on peut citer la diversité des modes de financement, l'absence de coordination explicite et contractualisée, le défaut d'études à visée évaluative, les cloisonnements professionnels entre les différentes sphères chargées d'intervenir dans le domaine de la toxicomanie (médicale, sociale, judiciaire) ou encore (et surtout) le faible pourcentage de toxicomanes qui s'adressent au système de soins. Autant d'arguments qui plaident en faveur de l'hypothèse selon laquelle beaucoup reste à faire dans le domaine de la cohérence et de la continuité des prises en charge.

Certes, la part de liberté qui doit être laissée au toxicomane interdit d'envisager un système organisé selon des filières par trop systématisées (à l'exemple des réseaux, de type HMO américaines, pour lesquelles on constate, en France, un regain d'intérêt). Mais que la diversité soit garante de la flexibilité et de la liberté de choix est une idée conforme au modèle libéral mais non à la réalité.

Au contraire, le dispositif actuel et, notamment, le partage des tâches entre privé et public, conduit à une contradiction forte entre les besoins des toxicomanes et les incitations financières qui s'exercent sur les professionnels en charge de les traiter. En effet, les modes de financement poussent à la coopération entre les médecins de ville et les services hospitaliers publics, c'est à dire là où se retrouvent massivement des patients « lourds »<sup>34</sup>, tandis que les collaborations avec les établissements privés avec hébergement ne sont pas encouragées. En effet, les hôpitaux publics, où les patients les plus lourds sont amenés à être traités, réduisent la durée des séjours et accroissent la rotation des malades. Au contraire, dans les unités privées, le financement au prix de journée est une incitation à rallonger les durées de séjour de malades qui, par ailleurs, sont moins souvent victimes de pathologies connexes.

Pour les établissements spécialisés dans la toxicomanie et financés sur le mode de la dotation globale, d'autres considérations rendent difficile cette coopération ou la continuité inter institutionnelle des soins. Ce n'est donc sans doute pas un hasard si, en novembre 1993, parmi les 863 toxicomanes ayant contacté une unité de soins après une orientation par un travailleur social, 84% se trouvent dans une unité privée (et donc 16% dans un établissement public). Durant la même période, la dernière pour laquelle ce type d'informations est disponible, parmi les 695 toxicomanes orientés par un médecin généraliste, 74% l'ont été vers une structure publique<sup>35</sup>. La coopération avec les intervenants extérieurs (et notamment sociaux) sur un mode ambulatoire, serait donc médicalement plus rationnelle précisément là où les procédures comptables n'y poussent pas.

<sup>34</sup> A titre d'illustration on peut noter que, en 1993, parmi les toxicomanes séropositifs, pris en charge dans l'ensemble du système (repérés par l'enquête du SESI), 68 % l'étaient par le secteur public.

<sup>35</sup> Source SESI, données de 1990.

Les déterminants de la pratique médicale ne sont pas réductibles à la logique économique ou financière et d'autres considérations, notamment éthiques ou professionnelles, permettent de s'en affranchir. Mais, le paradoxe est que, pour être organisées au niveau local, la continuité et la complémentarité des soins doivent se développer à l'encontre des incitations financières mise en place nationalement.

Sur ce plan, la citation suivante, extraite de l'étude publiée par la DGS en 1992, est sans doute représentative du sentiment général: « Il y a d'ailleurs divergence entre les résultats de l'enquête par questionnaire, où les  $\frac{3}{4}$  des Centres déclarent assurer ce suivi, et le contenu des entretiens d'où il semble ressortir que peu de centres vont en fait jusqu'à cette phase, estimant que le passage dans leurs locaux est une étape qu'ils s'efforcent de rendre la plus efficace possible, et que leur intervention s'arrête au départ du résident - qui souvent d'ailleurs ne donne plus signe de vie » (DGS, 1992, p.19).

## Conclusion

Dans une période historique où la cohésion de la société française est en danger, le problème de la drogue est moins une cause directe qu'un symptôme. Faisant face à ce défi en conservant une attitude fortement centralisée, les institutions (police, justice, médecine, école) s'organisent sur des bases étroites. Réticente à toute organisation du système sanitaire qui conduirait à une diminution de l'autonomie professionnelle, elle-même bâtie sur l'expertise et la compétence, la profession médicale s'approprie lentement les occasions offertes par l'Etat et la loi. Pour ce qui concerne les toxicomanes et leur traitement médical et social, les médecins restent divisés sur la question de la légalisation. Ainsi privé de priorité clairement définie en terme de Santé Publique, le système de soins pour toxicomanes est, en France, caractérisé par la juxtaposition de divisions, d'oppositions dichotomiques (entre le pouvoir de l'Etat et celui des Départements, entre stratégies préventives et curatives, entre intervention sociale et médicale, etc.).

C'est ainsi que se forme un consensus pour que les toxicomanes accèdent à un statut de « malade ». Aujourd'hui cela peut sembler paradoxal, car le «disease model» subit, hors de nos frontières de nombreuses critiques. Mais tout se passe comme si la médicalisation de la société française n'était pas achevée, alors que ailleurs dans le monde se développent des modèles pluriels, sinon communautaires, à la fois éducatif, social et sanitaire. Toutefois à travers ses efforts pour absorber des domaines de plus en plus nombreux, l'idéologie médicale se modifie comme se modifient les formes de l'intervention médicale. En 1995, A. Ehrenberg s'interrogeait sur l'exception française: « Alors que la plupart des pays européens ont modifié leur politique de lutte contre les usages de drogue en se centrant sur les usages destructeurs et en donnant la priorité au risque du SIDA, d'une part et en distinguant généralement entre usage, abus et dépendance, d'autre part, la France, désormais une exception en Europe, en reste au triangle d'or abstinence - désintoxication - éradication ... La France pourra-t-elle restée longtemps isolée ? Si l'union européenne progresse sur le plan monétaire, économique et surtout politique, est-il pensable qu'en matière de drogue la France reste un champ clos ? »<sup>36</sup>.

Quelques mois plus tard on peut constater que l'écart entre la conception française et les politiques mises en place dans d'autres pays se réduit. Il faut mettre cette évolution au crédit d'une prise de conscience de l'efficacité d'une politique de réduction des risques. Ainsi, L. Fournier, chargé de mission à la DGLDT écrit en mars 1996: « Elément le plus visible des changements de politique sanitaire vis à vis des toxicomanes, les pratiques de substitution progressent... Depuis peu, et sans remettre en

<sup>36</sup> A. Ehrenberg (1995), op. cité. p.18.

cause les principes de la loi de 1970... apparaissent de nouveaux acteurs qui agissent en appliquant les règles de assurances sociales »<sup>37</sup>.

Conformément à cette politique, le Ministère. réserve. depuis 1993, l'essentiel de son financement à la médicalisation de centres existants. Celle-ci ne peut pas être quantifiée puisqu'aucune donnée sur l'évolution des personnels et de leur qualification n'est disponible<sup>38</sup>. Toutefois des informations émanant de la DGS indiquent que depuis la mise en place de cette priorité, c'est à dire au début des années 90, environ 80 centres ont été « médicalisés » (soit par la création de postes de médecins soit par un financement de vacations médicales sur des budgets *ad hoc*).

La circulaire du 3 avril 1996, entérine cette évolution et la renforce même sur certain points: « En 1995, l'organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes a été marquée par l'extension du dispositif de prescription et de dispensation de la méthadone à tous les centres spécialisés et par la mise en place de ce traitement en médecine de ville. Parallèlement, l'accroissement et la diversification de l'accueil, du soin et de l'hébergement des toxicomanes se sont poursuivis ... C'est ainsi que, en 1995, 30 Centres ont bénéficié d'un renforcement en personnel médical ». Par ailleurs, afin d'adapter les structures de soins aux toxicomanes, à la pratique des traitements de substitution (Méthadone, Subutex), les centres de soins spécialisés seront « renforcés en temps médical et /ou paramédical »<sup>39</sup>. Cette même circulaire précise que 20 nouveaux réseaux Toxicomanie ville - hôpital seront créés en 1996 (ce qui correspond approximativement à un doublement par rapport à l'existant) et que si de nouveaux centres pourront être implantés, ce sera « à titre exceptionnel », la politique visant davantage « au renforcement » des centres existants.

Deux scénarii sont en effet possibles. Soit le développement de partenariats équilibrés et diversifiés permettra à la médecine de passer en quelques années du rejet du toxicomane à une prise en charge réellement pluridisciplinaire (y compris avec les intervenants en toxicomanie relevant du champ économique. social ou juridique). Soit, la primauté accordée à la médecine hospitalière se réalisera dans la constitution d'une nouvelle spécialité médicale dialoguant, par le truchement d'intermédiaires, avec les autres acteurs de la toxicomanie et de sa prise en charge. Du choix entre le réseau véritablement intégré<sup>40</sup> et l'interface - qui sépare ce qu'elle prétend unir - dépendra non seulement la « citoyenneté » du toxicomane mais aussi une certaine idée de la Santé Publique: « c'est ainsi que la société française pourra vivre avec les drogues »<sup>41</sup>.

\*\*\*\*\*

<sup>37</sup> L. Fournier « Les nouveaux acteurs de la prise en charge des toxicomanes ». *Echanges Santé-Social*. N° 81 mars 1996, p. 5

<sup>38</sup> Réalisée en 1992 à la demande de la DGS, l'enquête « Démoscopie » est la seule disponible qui donne des informations sur les personnels des centres par type de prise en charge. Malheureusement elle ne fournit qu'une photographie instantanée et partielle de la situation au moment de l'observation.

<sup>39</sup> Circulaire DGS / DH. N° 96 239 du 3 / 4 / 1996. Cf. également « La prise en charge des toxicomanes en 1996 ». *Actualités Sociales Hebdomadaires*, N°1973, 3 mai 1996.

<sup>40</sup> Sur ce sujet, voir « Les réseaux de santé ». *Prévenir*, n° 27, 2ème sem. 1994. 192p..

<sup>41</sup> A. Ehrenberg, *op. cité*, p. 19.

## Références

- D. ANTOINE, "Les toxicomanes et le système sanitaire et social". Informations Rapides, SESI, Paris, 36, 1993, 4p.
- E. BELLIARD, "Prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes en Novembre 1990", Document Statistiques, SESI, 132, Décembre 1991, 86p.
- R. CASTEL, « Les sorties de la toxicomanie », MIRE, GRASS, Paris, 1992
- C. CARPENTIER et J.M. COSTES, eds. «Drogues et toxicomanies, Indicateurs et tendances », OFDT, 1996, 125p.
- P. CHAMBAS, ed. "Modes de consommation: mesures et démesures", Ed. Descartes, Paris, 1992, 223p.
- A. COPPEL « De la clinique à la santé publique: traitement et réduction des risques » dans A. OGIEN et P. MIGNON, « La demande sociale de drogues », DGLDT et Documentation Française, Paris, 1994, pp. 99 - 107.
- D.G.S., Direction Générale de la Santé « Analyse du dispositif national de soins avec hébergement pour toxicomanes, rapport de synthèse », 1992, 35p.
- A. EHRENBURG et M. SCHIRAY eds, "Penser la drogue, penser les drogues", 3 Vol., Ed. Descartes, 1992.
- A. EHRENBURG, « Les drogues: un multiplicateur d'individualités », Futuribles, mars 1994, pp.73-76.
- A. EHRENBURG, « La politique française de lutte contre les drogues », Actes du colloque national « Le généraliste et les toxicomanies », Paris, 1995.
- F. FACY, « Toxicomanes consultants dans les institutions spécialisées », INSERM, 1994.
- J. FERRIS, « Comparison of Public Perceptions of Addictions: moral vs medical models », Rüsclinkon, Suisse, KBS Symposium, 1994, 10 p.
- Y. GILINSKYI et V. ZOBNEV « The drug treatment system in Russia: past present problems and prospects », KBS Meeting, Porto juin 1995, 13p.
- S. GOFFI, « Les institutions de soins pour toxicomanes dans les Bouches du Rhône », Université Aix-Marseille, 1991., 120p.



R. HENRION, « Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie ». Documentation Française. 1995.

G. HUNT « The drug treatment in the US: a panacea for the drug war », KBS meeting, Porto. juin 1995. 23 p.

B. JOBERT et P. MULLER, « La construction du sens dans les politiques publiques, débat autour de la notion de référentiel », Paris, 1993, pp.154.

H. KLINGEMANN, « The harm reduction, decentralization and community response to drug treatment in Switzerland », Rüschlinkon, Suisse, KBS Symposium, 1994, 24p.

H. KLINGEMANN, J. HUNT et P.TAKALA, eds, « Cure, Care, Control, Alcoholism Treatment in sixteen Countries ». New York Univ. Press, 1992, 340 pp.

K. KOKUNA et T. KOYANAGI, « Medical and non medical treatment systems for drug abuse in Japan », Rüschlinkon, Suisse, KBS Symposium. juin 1994, 16p.

P. KOPP et M. SCHIRAY ed., « Géopolitique et économie politique de la drogue », Futuribles, 185, mars 1994.

B. LEBEAU, J.P. LHOMME et alii, « Toxicomanie, Droit et Citoyenneté », Libération, 9 juillet 1995.

C. LE GALES, "L'évaluation des politiques en matière de toxicomanie" in A. EHRENBERG, ed, op. cit.

F. LERT and E. FOMBONNE, "La toxicomanie", INSERM, Documentation Française, 1989, 144p.

M. MOORE, "A feasibility of a policy decision to extand methadone maintenance", Public Policy, V.26, 2, 1978, p.285-303.

Ph. MOSSE « L'économie des unités de soins pour alcooliques aux Etats-Unis », Actes du Colloque HCEIA, décembre 1989, pp. 131- 138.

Ph. MOSSE, " The rise of Alchology in France: a monopolistic competition" in "Cure, Care or Control" H. KLINGEMANN, J.P. TAKALA, G. HUNT,ed., New York Univ. Press, 1992, p.205-221.

Ph. MOSSE, "Marché de la santé et toxicomanie" in P.CHAMBAS ed., "Modes de consommation, mesures et démesures", Association Descartes, 1992, pp.69-85.

Ph. MOSSE, « Towards a professional rationalization ». The American Journal of Economics and Sociology, 53. April 1994, pp.129-146.

G. NAHAS. « Drogues et société », Masson ed. . Paris. 1990. 230p.

A. OGBORNE. R. SMART et B. RUSH, « The treatment of Drug Related Problems in Canada, Discussion draft », KBS meeting, Porto. juin 1995, 19 p.

J. PADIEU, "L'information statistique sur les drogues et la toxicomanie", DGLDT, Paris. 1990.

J.P. SEGUELA, "Lutte contre la drogue", Le Quotidien du Médecin, 7/8/1993, p.24

SESI - Ministère de la Solidarité, de la Santé, de la Protection Sociale "Notes statistiques", "Notes d'informations rapides", 1988 - 1995, Paris.

L. SOLIVETTI « The case of Italy: hard measures, treatment and decriminalization », K.B.S. meeting, Porto, 1995, 18 p.

K. STENIUS, « Market Dynamic of Alcohol and Drug Treatment in Finland and Sweden », KBS meeting, Porto, 1995, 14p.

C. TRAUTMAN, « Rapport au 1er Ministre », Documentation Française, Paris, 1992, 266 p.

I. VOGT and M. SCHMID « Illegal drugs in Germany: Problems in transition », K.B.S. Meeting, Porto, 1995, 38 p.

M. ZAFIROPOULOS et P. PINEL, « Drogues, déclassement et stratégies de disqualification », Actes de la Recherche, 42, 1982, pp.60-76.

E. ZARIFIAN « Rapport de la mission concernant la prescription et l'utilisation de médicament psychotropes en France », mars 1996.

## ANNEXE 1

### « Shopping list »

**Proposition de plan et de contenu pour les monographies nationales dans le cadre de l'ouvrage « International Survey on Drug Treatment system »**

## CHECKLIST OF "SHOPPING ITEMS"

1. Introduction.
2. Socio-political structure and drug-related problem trends, including AIDS and crime-related statistics, - a short country description (economic aspects of drugs, organized crime etc.).
3. Historical survey.
4. Major changes during the pre - 1945 period (societal perceptions of drug problems: legal changes, schools of thought, key-figures).
5. Post-war history of treatment.
6. **Drugs. What are the dominant drugs within the society? Issue of illicit versus licit drugs such as barbiturates. Discussion of the extent to which different treatment systems have developed around different drugs.**
  - 6.1 Sources of supply - are they internal to the society or predominantly external?
7. **Treatment institutions - an inventory of drug-specific and non specific services. More specifically examples of needle-exchange and methadone or heroin maintenance programs.**
  - 7.1 Informal treatment resources; folk-medicine, lay-help, social organizations promoting treatment.
  - 7.2 The legal division of labor between judicial, health and social authorities with respect to the management of drug-related problems.
  - 7.3 Institutional treatment philosophies and specific methods (officially approved and propagated methods; methods actually used in practice; evaluation studies).
  - 7.4 Target groups of treatment efforts (only drug and/or other problem domains; chronic users of open drug scenes VS. "better off addicts integrated users"; sex-specific and youth-specific treatment).
  - 7.5 Treatment capacity, potential treatment needs and use of treatment offers ("self-referral rates"; judicial-, social-, job-based referrals) and client evaluation of specific treatment programs.
  - 7.6 Institutional cooperation - or: "How systemic is the treatment system?" (actual referral patterns between institutions, legal, political and organizational intervening variables which affect referral behavior and the possibilities of clients to choose services; competition for "good clients").
  - 7.7 Financing structures (qualitative effects of financing upon, treatment programs, discrimination of particular institutions? Financial loads for clients).
8. **Evaluation/efficacy of the treatment system. The extent to which evaluation studies have determined the types of treatment on offer.**
9. **"Off the main stream": Alternative treatment resources as a response to system dysfunctions?**
  - 9.1 Institutional experiments; unconventional methods (low threshold programmes, heroin prescription programmes).
10. **Discussion, for example the role of research, as well as prominent themes, including such important issues as the relationship between the drug treatment system and the alcohol treatment system.**
  - 10.1 General summary.
  - 10.2 The treatment system in the year 2000; some reasonable speculations (optional).

Literature

Glossary

## ANNEXE 2

**« Circulaire relative à l'enquête en établissements »  
menée annuellement par le Ministère de la santé**

----

-----  
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
BUREAU 2D

PARIS, le 7 Août 1989

-----  
SERVICE DES STATISTIQUES, DES ETUDES  
ET DES SYSTEMES D'INFORMATION  
BUREAU ST2  
-----

1, place Fontenoy 75700 PARIS  
Tél. 40.56.60.00

CIRCULAIRE N° 89/11 du 7 août 1989

-----

LE MINISTRE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE  
ET DE LA PROTECTION SOCIALE

à

MESDAMES ET MESSIEURS LES PREFETS  
DE REGIONS  
Directions Régionales des  
Affaires Sanitaires et Sociales  
(pour exécution)

MESDAMES ET MESSIEURS LES PREFETS  
DE DEPARTEMENTS  
Directions Départementales des  
Affaires Sanitaires et Sociales  
(pour information)

-----

OBJET : Statistique en matière de toxicomanie.

REF. : Circulaires n° 87/4 du 24 août 1987 et n° 88/11 du 24 août 1988.

Depuis 1987, une enquête, dont l'objectif est une meilleure connaissance quantitative et qualitative de la population des toxicomanes ayant recours au système de soins et d'accueil spécialisé ou non, est effectuée à l'initiative de la Direction Générale de la Santé (DGS). Elle est confiée, pour la gestion et les traitements régionaux, aux statisticiens régionaux, et pour l'exploitation nationale au Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information (SESI).

.../...

L'enquête a pour but :

- d'une part, de comptabiliser les toxicomanes qui se sont adressés aux établissements spécialisés durant l'année 1989,
- d'autre part, de compter les toxicomanes ayant eu recours au système de soins et d'accueil, qu'il soit spécialisé ou non, durant le mois de novembre 1989 et d'étudier certaines caractéristiques de cette population : données socio-démographiques, origine et nature de la demande, nature de la prise en charge, pathologies associées en cours, substances consommées, prises en charge précédentes pour les toxicomanes traités dans les établissements spécialisés.

Trois grands groupes d'établissements ont été constitués :

- les établissements spécialisés en toxicomanie,
- les établissements d'hospitalisation publics ou faisant fonction de publics,
- les autres établissements, sanitaires ou sociaux, susceptibles de recevoir des toxicomanes.

La liste des catégories d'établissements définissant précisément ces trois groupes est dressée dans l'annexe technique à cette circulaire. Un questionnaire est élaboré pour chacun de ces trois groupes.

Pour mieux cerner la population des toxicomanes, notamment dans les établissements non spécialisés, une définition rigoureuse du toxicomane a été retenue : "sera considérée comme toxicomane toute personne dont la consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites a été prolongée et régulière au cours des derniers mois. Ainsi une personne qui a été hospitalisée à la suite d'une tentative de suicide ne sera considérée comme toxicomane que si elle fait un usage prolongé et régulier de substance. Tout usager occasionnel et ponctuel est exclu du champ de l'enquête".

Conformément aux recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) relatives à l'organisation du droit d'accès au fichier résultant de cette enquête, une lettre sera transmise, par l'intermédiaire des échelons statistiques régionaux des DRASS, aux chefs des établissements soumis à l'enquête afin que les patients concernés soient informés localement du caractère obligatoire de l'enquête, du destinataire des données et des conditions d'exercice de leur droit d'accès. Elle sera accompagnée de trois exemplaires d'une affiche préparée à cet effet par le SESI. Cette lettre aux chefs d'établissement et cette affiche sont jointes à la présente circulaire.

Le SESI adressera le 20 août 1989 tous les documents nécessaires au lancement de l'enquête (listes d'établissements à enquêter, étiquettes, questionnaires pré-imprimés, lettres aux chefs d'établissement et affiches) aux statisticiens régionaux.

Il est important que les documents parviennent aux établissements avant le 15 octobre au plus tard afin que ces derniers puissent mettre en place l'organisation susceptible d'assurer correctement la collecte des données.

.../...

Cette enquête est un outil important pour les acteurs régionaux et départementaux qui luttent contre les toxicomanies. C'est pourquoi il est nécessaire que les échelons statistiques régionaux associent, tant pour la gestion de l'enquête que pour son analyse, les médecins chargés de la toxicomanie dans les DRASS et les DDASS.

En cas de difficultés rencontrées lors de la mise en place de cette enquête, vous pouvez vous adresser au SESI - Bureau ST2 - E. BELLIARD,  
Tél. : 40.56.54.56

*Le Chef du Service des Statistiques,  
des Études et des Systèmes d'Information,*

  
Jean-Marie RUCH

*chargée des fonctions de Chef de Service,  
adjoint au Directeur Général de la Santé,*

  
Marie-Thérèse PIERRE



## ANNEXE 3

**Sommaire de l'ouvrage**  
**« Drugs, Demons and Delinquents**  
**Drug Treatment System in an International Perspective »**  
**Edité par H. Klingemann et G. Hunt**  
**Sage Publications, à paraître en 1997.**

**Drugs, Demons and Delinquents:  
Drug Treatment Systems in an International Perspective  
(Sage Publications, Inc.)**

**Acknowledgments**

**Introduction**

*G. Hunt, H. Klingemann)*

**Section I: Country specific chapters**

The drug treatment system in the U.S.: A panacea for the drug war

*G. Hunt*

The treatment of drug-related problems in Canada: Controlling, caring and curing

*A.C. Ogborne, R.G. Smart, B.R. Rush*

Expansion and implosion: The story of drug treatment in Sweden

*A. Bergmark*

Finland: Drug treatment on the margins

*A. Kinnunen, J. Lehto*

**Drug Prohibition and the abstinent paradigm**

*G. Hunt, H. Klingemann, N.N.*

The English drugs treatment system adaptation in testing times

*S MacGregor, L. Smith*

The drug treatment system in the Netherlands: Integrating care, cure and control

*J.T.M. Derks, M. Hoekstra, C.D. Kaplan*

Politics and drug treatment in Switzerland revisited.

*H. Klingeman*

**Harm reduction and experimental countries**

*G. Hunt, H. Klingemann, A. Bergmark*

The drug treatment system in Russia: Past and present, problems and prospects

*Y. Gilinsky, V. Sobnev*

Drug abuse treatment in Poland

*G Swiatkiewicz, J Moskalewicz, J Sieroslowski*

Drug treatment in Hungary

*Z. Elekes, E. Katona, B. Paksi*

**Communism to capitalism debate**

*G. Hunt, H. Klingemann, J. Moskalewicz*

Illegal drugs in Germany and the emergence of the modern drug treatment system

*I. Vogt, M. Schmid*

The development of drug treatment in the shadow of the narcotic law

*I. Eisenbach-Stangl, W. Burian*

**From moral crusades to cost-efficient pragmatism - Drug policy paradigm in transition**

*H. Klingemann, G. Hunt, N.N.*